



# **UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARÍA**

## **ESCUELA DE POST GRADO**

### **MAESTRIA DE GERENCIA EN SALUD**



## **DEMANDA Y OFERTA DE LA ATENCIÓN DEL ABORTO INCOMPLETO EN EL HOSPITAL GOYENECHE DE AREQUIPA 2005**

**TESIS PRESENTADA POR EL BACHILLER**

Bellido Benavente Percy Pedro

**Para optar el Grado Académico de:  
Magíster de Gerencia en Salud**

**AREQUIPA 2008**

*A mi Esposa  
por su paciencia y comprensión*

*A mi hijo Bruno  
por su Estimulo y Amistad*

*A mis hijos Sonia y Percy Frank  
constructores de un destino promisorio*

*A mi nieta Valeria, un milagro de vida, que enseña  
A valorar la vida.*

*Mi agradecimiento a la Magistra Rossana Pajuelo Ponce,  
tutora de la presente investigación,  
por su calidad, oportunidad y estímulo.*





*“Toda persona tiene derecho a la vida,  
a su identidad, a su integridad moral,  
psíquica y física y a su libre desarrollo  
y bienestar. El concebido es sujeto de  
derecho en todo cuanto lo favorece”*

*(Art. 2 inc 1, Constitución Política del Perú)*



## INDICE

RESUMEN	Pag. 5
ABSTRACT	Pag. 7
INTRODUCCIÓN	Pag. 9
CAPITULO I RESULTADOS	Pag. 13
1.- CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION CON ABORTO INCOMPLETO: DEMANDA	Pag. 14
2.- OFERTA DE SERVICIOS PARA ABORTO INCOMPLETO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ	Pag. 30
3.- RELACION DEMANDA OFERTA EN ATENCION DE ABORTO INCOMPLETO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ	Pag. 47
CONCLUSIONES	Pag. 61
SUGERENCIAS Y PROPUESTAS	Pag. 63
BIBLIOGRAFÍA	Pag. 70
ANEXO	Pag. 72

## RESUMEN

Se realiza el estudio "Demanda y oferta de la atención del aborto incompleto en el Hospital Goyeneche de Arequipa. 2005" con los siguientes objetivos: 1) determinar la característica de la demanda de la atención del aborto incompleto en el Hospital Goyeneche (HG) 2) Precisar las características de la oferta de la atención del aborto incompleto en el HG 3) Relacionar la demanda y la oferta de la atención del aborto incompleto en el HG.

La Hipótesis planteada es: "Dado que la salud reproductiva significa un equilibrio con su entorno ecológico, político y social, para el desarrollo sostenido y sustentable, cuya ruptura ocasiona morbilidad materna, la cual se ve incrementada por situaciones imprevistas como el aborto; y quién padece esta situación vive una problemática compleja, no solo médica sino social, y acuden a los hospitales, para ser atendidas, solo cuando tienen complicaciones tales como hemorragia e infección: Es probable que, en el Hospital Goyeneche de Arequipa, la relación demanda oferta resulte insatisfactoria para la paciente con aborto incompleto." Se efectúa investigación de tipo transversal, problema explicativo e investigación de campo, complementada con encuesta de calidad de atención en usuaria.

Resultados: la demanda mostró: jóvenes menores de 29 años (70.66%) instrucción secundaria o superior (91.67%), convivientes (46.67%) o solteras (46.66%), gestación menor a 9 semanas (65.00%), nuligestas (50%), sin planificación familiar (83.34%). La pareja es varón adulto de 20 a 39 años (75.87%), de instrucción secundaria (65.52%) y trabajador (75.87%). El síntoma de ingreso es sangrado genital abundante (76.67%), la causa del aborto es probable (58.00%) o ignorada (23.33%).

Los resultados de la oferta fueron: Hospital Goyeneche nivel III, con 14 camas en el servicio de ginecología, algunas de ellas usadas en la atención del aborto. Personal no

específico. El ingreso es por emergencia, o consultorio externo, con demora mayor de una hora. El costo de atención es de S/ 48.01 en caso de Aspiración Manual Endouterina y S/. 58.91 en caso de legrado uterino.

La relación demanda-oferta se inicia porque la paciente es referida (30%), no habiendo infraestructura, ni recursos humanos específicos, con documentos de gestión incompletos, con una relación demanda oferta cuantitativa mas no cualitativa. La paciente refirió sentirse, en confianza (80%), opinando que le hicieron un buen examen (63.33%) pero sin explicarle el procedimiento (46.67%) ni su problema (43.34%); no recibió explicación de receta (68.34%) ni de los cuidados en casa (88.33%), la tarifa no estuvo a su alcance (51.67%). El horario de atención fue considerado adecuado (86.66%) pero con mucho tiempo de espera (36.66%). El ambiente lo encontraron cómodo (83.33%), egresando satisfecha (91.67%)

Se concluye que la demanda tiene varios factores de riesgo, la oferta con limitaciones estructurales y de personal, siendo la relación demanda oferta inadecuada, y de tipo cuantitativa.

Palabras Claves:

Oferta y Demanda, Aborto Incompleto, Satisfacción de paciente.



### **ABSTRACT**

A study that took place about demand and offer of the attention of the abortion in the Goyoneche's Hospital of Arequipa 2,005 with the following objectives.: 1) To determine the characteristics of the demand of the attention of abortion in the Goyeneche Hospital (GH). 2) to determine the characteristics of the offer abortion attention in the GH 3) to relate both

The proposed hypothesis is that the reproductive health is an equilibrium with the the ecological, social and political surroundings. All of this is to maintain an steady development .If this equilibrium is broken a morbomortality takes a place. This condition increases for unforeseen situations like abortion and .a patient that suffers an abortion lives a complex situation ,not only medical but social ,and go at hospital only when she has complications such hemorrhage and infections .It's probable that in GH of Arequipa , the relationship demand and offer results unsatisfactory for the patient with an incomplete abortion .An investigation of a transversal type is initiated, An explicative problem and field investigation ,complemented with a questionnaire about patients quality care

Study of the demand is carried out and health services offering to women with abortion, who goes to Goyeneche's Hospital, choosing a representative sample of 60 women.

The demand is constituted by young women, less than 29 years (70.32%) With secondary or upper instruction (91.67%), live together but not married (46.67%) or married (46.66%), with gestation under the 9 weeks (65.00%), nuligest (50%) or primigest (23.34%), without family planning (83.34%). The couple is a Male adult from 20 to 39 years (75.67%), with secondary instruction (65.52%) and worker (75.87%). The symptom of income is abundant genital bleed (76.67%), the cause of the abortion is probable (58.34%) or ignored (23.33%).



The offering is the Goyeneche's Hospital level III, with 14 beds in gynecology some them used for abortion. The income of a patient with abortion is for emergency with an hour of delay (64.82%) by wait and execution of auxiliary exams; or by external consult, where the delay is longer than an hour in the 100% of patients. The cost of the attention is S/. 48.01 in case of Manual Endouterine Aspiration and S/.58.9 In case of uterine scraping.

The relation demands-offering is initiated by the election of the hospital because is referred (30.00%). The hospital has not specific infrastructure and human resources, management documents incompletes, with relation demands offering quantitative and not qualitative. The patient felt , receiving with confidence (80%), thinking that they did her a good exam (63.33%) but without explaining her the procedure (46.67%) neither her problem (43.34%); did not receive explanation of prescription (68.34%) neither the cares at home (88.33%), the rate was not above its reach (51.67%). The schedule of attention was considered adequate (86.66%) but with a lot of time of wait (36.66%). They found the environment comfortable (83.33%), leaving satisfied (91.67%)

It is concluded that the demand is a risk group of Factors, an offering with limitations in infrastructure and human resources,, with qualitative relation demands offering

Key words:

Demands offering, incomplete abortion, patient satisfactory

## INTRODUCCIÓN

El aborto es un problema complejo, de nivel mundial, con impacto en salud en países en desarrollo, motivando que las autoridades respectivas desarrollen programas, que disminuyan la mortalidad producida en mujeres con aborto especialmente el incompleto.

El aborto tiene un manejo interdisciplinario, ya que su presencia exige, no solo, la participación del servicio de salud especializada, sino además estudiar las causales sociales, económicas, culturales, morales u otras, e inclusive discutir los aspectos legales del mismo.

En nuestro país, como otros del segundo mundo, el aborto incompleto es un problema de salud pública, siendo uno de sus condicionantes, la clandestinidad en que se produce, lo que condiciona el aumento de morbilidad, obligando a atención hospitalaria solo los casos complicados (hemorragia, infección...) que son los menos.

El aborto incompleto se produce en un sector de la población muy especial, cuyas características son condicionantes de este problema; los trabajos de investigación así lo demuestran y son reconocidas dichas causales, como también es reconocido la multiplicidad de ellas ; pero también se acepta que existen variantes condicionadas por el nivel cultural, social, económico de la mujer, su pareja y su entorno, lo que hace que las características del aborto incompleto sea diferente, en diferente realidad

Las mujeres con aborto incompleto, que solicitan atención especializada, llegan en situación de emergencia “imprevista”, como la hemorragia uterina, infección, o abdomen agudo, quedando descubierto el problema ,en la familia y su entorno , lo que origina un trauma social, psicológico e incluso de conflicto laboral. La demanda a

los servicios de salud, es por lo tanto imprevista y variable , además de compleja, características que no encuentran solución total en la oferta ofrecida por los servicios de salud.

Es por ello que la mujer con aborto incompleto, que demanda atención hospitalaria no solo requiere la oferta de una atención medica especializada, sino que además necesita atención en otros aspectos, que en mayor o menor grado comprometen su salud.

La oferta de los Servicios de salud, a mujeres con aborto, no es específica. En el Ministerio de Salud las pacientes con aborto son atendidas en el Departamento de obstetricia y ginecología ,algunas financiadas por el Sistema Integral de Salud y otras por la paciente. La tendencia es realizar la Aspiración Manual Endouterina (AMEU), en pacientes con aborto incompleto, que tiene ventajas económicas y de tiempo respecto a la técnica habitual de Legrado Intra Uterino (LIU) ; se complementa con consejería en Planificación Familiar a cargo de Licenciada en Obstetricia.

La oferta de servicios de salud a pacientes con aborto, soluciona solamente el aspecto medico del problema, pero no aborda los otros aspectos de la demanda, que son los más importantes y determinantes en la salud de este grupo poblacional. Es por ello, que hemos efectuado la presente investigación titulada “DEMANDA Y OFERTA DE ATENCIÓN DEL ABORTO INCOMPLETO EN EL HOSPITAL GOYENECHE. AREQUIPA 2005”, planteando como objetivos, determinar las características de la demanda y oferta en aborto incompleto , así como la relación entre ambas, proponiendo la siguiente Hipótesis: ”Dado que la salud reproductiva significa un equilibrio con su entorno ecológico, político y social, para un desarrollo sostenido y sustentable, cuya ruptura ocasiona morbi mortalidad materna, la cual se ve incrementada por situaciones imprevistas, como el aborto incompleto y quien padece esta situación vive una problemática compleja, no solo medica sino social, y acuden a los hospitales, para ser atendidas, solo cuando tienen complicaciones, tales



como hemorragia e infección. Es probable que, en el Hospital Goyeneche de Arequipa, la relación demanda oferta resulte insatisfactoria para la paciente con aborto incompleto

El informe de esta investigación, se ha estructurado acorde al Reglamento para la Graduación de Magíster de la Escuela de Postgrado de Universidad Católica Santa María, presentando luego de la introducción, el capítulo de resultados, conclusiones y sugerencias, y finalmente la bibliografía y anexos, que incluye el Proyecto de Investigación que en su capítulo de Planteamiento operacional describe los instrumentos para recolección de datos.

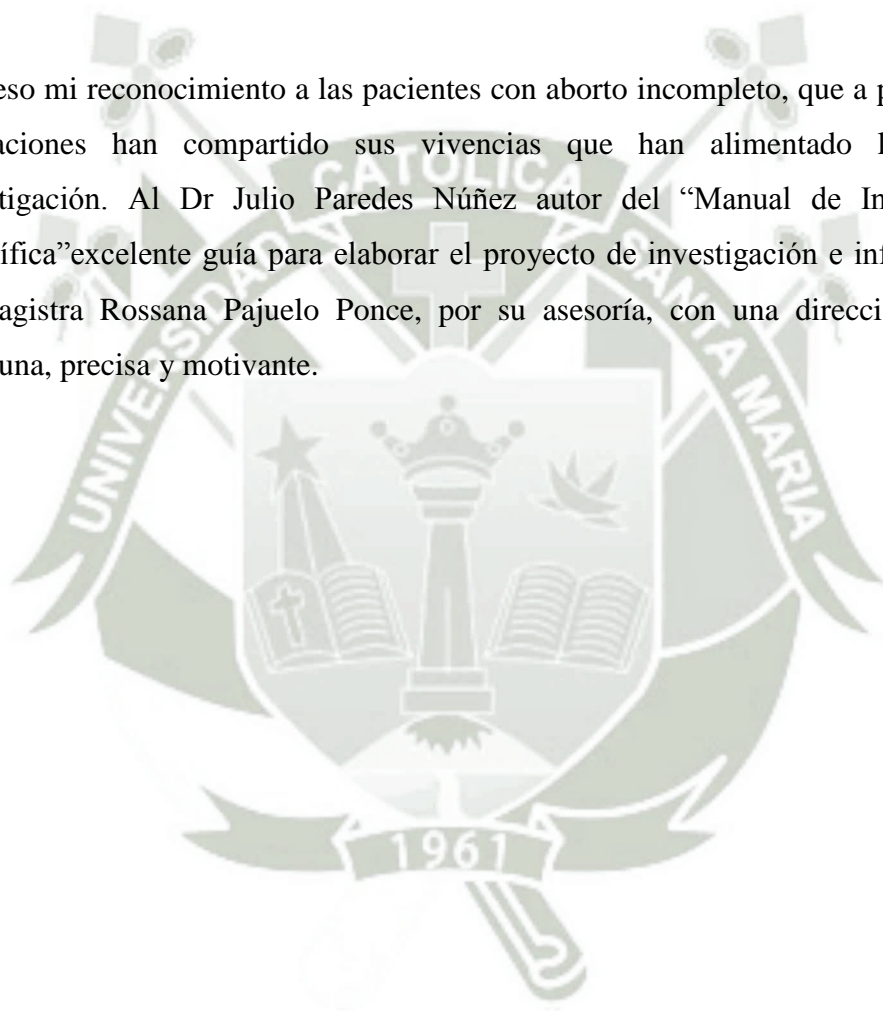
La presente investigación ha tenido como limitación importante la falta de sinceridad de la paciente con aborto, para responder a preguntas que resultaban comprometedoras; me refiero a causa del aborto, ya que existe el temor constante de ser denunciadas en caso que acepten que el aborto sea provocado; en este caso se tuvo que entrevistar al personal que estuvo en contacto con la paciente: técnica auxiliar, interno de medicina, enfermera, medico tratante, familiar y retornar nuevamente con la paciente, encontrando una respuesta constante: “no se” o “hice esfuerzo” o “no sabía que estaba embarazada” las cuales por inexplicables, denuncian la falta a la verdad y hacen sospechar que el aborto es provocado.

Otra limitación, es que pretenden dar respuestas satisfactorias, para eludir mas preguntas; el “sí” o “no” son preferibles a dar respuestas mas explícitas; es comprensible, por el estado de shock psicológico en que se encuentran, porque están viviendo sentimiento de culpa, ausencia al trabajo, dificultades con su pareja, dificultades económicas, u otras más íntimas como ruptura con su pareja, desconfianza, abandono. Todo lo mencionado genera un problema psicológico especial que condiciona una disposición especial frente a una encuesta.




El informe final de la tesis, es presentado este año, porque ,en los precedentes, el autor estuvo con la salud quebrantada. Se ha constatado además que la realidad de la demanda y oferta siguen inalterables; en el primer caso ,porque el presupuesto del Ministerio de Salud destinado al Hospital Goyeneche es el mismo, lo que impide la mejora de servicios manteniendo la misma oferta en el último quinquenio, para el tratamiento de aborto incompleto; y respecto a la demanda su frecuencia no ha tenido variaciones significativas.

Expreso mi reconocimiento a las pacientes con aborto incompleto, que a pesar de sus limitaciones han compartido sus vivencias que han alimentado la presente investigación. Al Dr Julio Paredes Núñez autor del “Manual de Investigación Científica”excelente guía para elaborar el proyecto de investigación e informe final. A Magistra Rossana Pajuelo Ponce, por su asesoría, con una dirección siempre oportuna, precisa y motivante.





# CAPITULO I RESULTADOS



# CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN CON ABORTO INCOMPLETO: DEMANDA

**TABLA.- 01**

**DEMANDA EFECTIVA**

<b>Edad</b>	<b>10- 19</b>	<b>20 - 29</b>	<b>30- 39</b>	<b>40 – 49</b>	<b>50 - 59</b>	<b>60 y más</b>
<b>Provincia Arequipa</b>	175,939	163,632	127,322	104,031	61,327	68,885
<b>Hospital Goyeneche</b>	20,153	10,606	14,573	10,772	7,020	7,895

Mujer en edad fértil ( Hospital Goyeneche) 26,385

Gestantes ( Hospital Goyeneche) 2,322

Nacimientos ( Hospital Goyeneche) 1,858

Abortos en el 2002 482

Abortos en el 2003 605

Abortos en el 2004 547

Fuente: Oficina de Planificación Hospital Goyeneche

Los datos presentados son proporcionados por la Región Arequipa y contenidos en el documento de gestión de la Oficina de Planificación del H.G,

Es claramente perceptible el predominio de la población adolescente, que es la que justamente está en riesgo por problemas de sexualidad ,que condicionan embarazos no deseados , y el aborto como solución inmediata, y no meditada.

En los años 2005 y 2006 se atendieron 630 y 655 abortos incompletos respectivamente, no siendo significativo el incremento



**TABLA 02**
**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CON ABORTO INCOMPLETO  
SEGÚN EDAD**

<b>Grupos Etareos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
11 A 19 AÑOS	16	26.66
20 A 29 AÑOS	27	45.00
30 A 39 AÑOS	14	23.34
40 Y MÁS AÑOS	03	5.00
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100.00</b>

**Fuente: Investigador**

Podemos observar que cerca de la mitad de mujeres con aborto incompleto tienen edades entre 20 y 29 años; esto muestra que el aborto se presenta en mujeres jóvenes, edad en la cual las posibilidades de patologías intercurrentes son menores por la constitución misma de la mujer y porque se encuentra en una edad de bajo riesgo para embarazo

Es preocupante el 26.66% de adolescentes con aborto; esta es una tendencia que se observa en países en desarrollo (3) y que expresan la problemática que viven las adolescentes, al enfrentarse con la vivencia del aborto, el cual se constituye en un problema social más que médico.

Un poco más de la cuarta parte de mujeres con aborto, tienen edades por encima de los treinta años, lo que indica, que este problema abarca todas las edades, incluso las mayores de 40, edad en la cual es posible el incremento fisiológico al aborto.

**TABLA 03**

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CON ABORTO INCOMPLETO  
SEGUN GRADO DE INSTRUCCIÓN**

<b>Instrucción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
PRIMARIA	05	08.33
SECUNDARIA	31	51.67
SUPERIOR	24	40.00
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100.00</b>

**Fuente: Investigador**

Es evidente la ausencia de analfabetas, así como el predominio de educación secundaria ( 51.67%) seguido de educación superior (40.00%); estas cifras son relevantes si además se considera que es población de estrato económico y social pobre.

Es reconocido el rol muy importante que tiene la instrucción en la salud ( 8,13 ), pero estos hallazgos no guardan relación con esa afirmación. El cuestionamiento de porque el aborto se presenta en mujeres instruidas, obligan a buscar otras causales que superan el papel preventivo, no solo de la instrucción, sino de la educación. Tenemos que destacar los aspectos culturales, económicos, el rol de la pareja que, como discutiremos luego, tienen presencia en el desencadenamiento del aborto.

**TABLA 04**

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CON ABORTO INCOMPLETO  
SEGÚN OCUPACIÓN**

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
SU CASA	17	28.34
ESTUDIANTE	27	45.00
TRABAJA	16	26.66
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100.00</b>

**Fuente: Investigador**

El 45 % de mujeres con aborto son estudiantes, especialmente de educación secundaria y superior, Las trabajadoras y amas de casa tienen frecuencias similares ( 26,66 % y 28.34% respectivamente).

El neto predominio de estudiantes, en mujeres con aborto, confirman que la instrucción no impide ingresar a esta patología; es un hallazgo en otras investigaciones ( 2 ) y que han motivado a tomar acciones educativas específicas en educación secundaria y superior. La experiencia vivida con estudiantes me convencen que es importante tomar actitudes de prevención en este grupo ocupacional.



**TABLA 05**

**DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN CON ABORTO INCOMPLETO SEGUN  
ESTADO CIVIL**

<b>Estado Civil</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
SOLTERA	22	36.67
CONVIVIENTE	28	46.67
CASADA	10	16.66
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100.00</b>

**Fuente: Investigador**

Solo el 16.66 % de mujeres con aborto son casadas; mas de un tercio son solteras y cerca de la mitad convivientes. Es evidente el impacto del estado civil , soltera y conviviente, en la frecuencia de aborto.

El estado civil es un tema muy discutido como factor condicionante del aborto ( 16 ) ya que la inestabilidad conyugal condiciona que el embarazo no deseado sea solucionado con el aborto; el embarazo no deseado significa todo un problema en una mujer soltera, sobre todo en un medio social y económico bajos, y con problemas de género



**TABLA 06**

**DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN CON ABORTO INCOMPLETO SEGUN  
TIEMPO DE GESTACIÓN**

<b>Tiempo de Gestación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
04 A 05 SEMANAS	04	06.66
06 A 07 SEMANAS	18	30.00
08 A 09 SEMANAS	17	28.34
10 A 11 SEMANAS	12	20.00
12 Y MÁS SEMANAS	09	15.00
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100.00</b>

**Fuente: Investigador**

En dos tercios de casos los abortos ocurren en las primeras 09 semanas de gestación; solo un 15 % son abortos tardíos ( mayores de 12 semanas)

La explicación no es de tipo médico. Se postula que esta es una característica del aborto no deseado ( 3 ) el cual es provocado lo mas pronto posible, por razones que resultan obvias, generando una demanda , no esperada, en los servicios de salud. Este hallazgo, denuncia el problema que significa el aborto, cuya solución es facilitada por la venta indiscriminada y sin control de medicinas abortivas ,como es el caso del misoprostol.

Otro aspecto a considerar es, que cuanto más precoz se produzca un aborto, menos complicaciones inmediatas y mediatas se producen, lo cual establece una demanda con menor riesgo de salud.

**TABLA 07**

**DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN CON ABORTO INCOMPLETO SEGUN  
PARIDAD**

<b>Paridad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
0 PARTOS	30	50.00
1 PARTOS	14	23.34
2 PARTOS	08	13.34
3 PARTOS	07	11.66
4 PARTOS	01	01.66
<b>Total</b>	60	100.00

**Fuente: Investigador**

El 50% de mujeres con aborto incompleto, fueron nulípara, y el 23.24 % tenían un hijo; solo fueron multíparas el 13.32% (tres y cuatro partos).

Estos hallazgos demuestran que la demanda de atención por aborto, a los servicios de salud, es por mujeres preferentemente nulípara o con un solo embarazo, lo cual exige un cuidado especial de su aparato reproductor, que ya puede estar dañado, por la causa del aborto ( 5 ); la respuesta lógica de los servicios de salud, es la especialización en la oferta

Este hallazgo también hace opinar que a pesar de ser el primer o segundo embarazo, este termina en aborto, lo cual no tiene justificación médica. Es una razón más para sugerir que la terminación del embarazo es provocada.

**TABLA 08**

**DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN CON ABORTO INCOMPLETO SEGUN  
USO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

<b>Planificación Familiar</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
SI	10	16.66
NO	50	83.34
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100.00</b>

**Fuente: Investigador**

La gran mayoría de pacientes que acuden con aborto, no siguen algún método de planificación familiar.

Esta situación es preocupante, porque los servicios de salud del Perú, tienen prioridad por Planificación Familiar (18 ), la cual funciona en consultorios adecuados en las instituciones de salud, y en forma gratuita, tanto en la prestación de servicios como en la administración del insumo respectivo. Es alarmante, que esta oferta de servicio de salud, no tenga el efecto de prevención de aborto.

Asimismo la planificación familiar, debe ser eminentemente educativa, lo cual obliga a inversión para los materiales educativos y preparación permanente de los proveedores de salud, intención que no es satisfecha por falta de presupuesto. Además la labor extramural no está programada.



**TABLA 09**

**DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN CON ABORTO INCOMPLETO SEGUN  
EDAD DE LA PAREJA**

<b>Edad de la Pareja</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
11-19 años	06	10.34
20-29 años	28	48.28
30-39 años	16	27.59
+40 años	08	13.79
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100.00</b>

**Fuente: Investigador**

En la Tabla, aparecen 58 parejas y no 60, porque hubo dos pacientes violadas y se desconocía datos de la pareja. El 41.38 % de parejas son mayores de 30 años, a diferencia del 28.34% de mujeres con aborto (Tabla 02). También hay diferencia entre adolescentes varones ( 10.34 %) y mujeres ( 26.66%).

Esta diferencia de edad entre mujer y varón , adquiere relevancia, en los grupos adolescentes y adultos, porque aborda el tema de sexualidad; en nuestra cultura, la tendencia es que el hombre sea mayor respecto a la mujer, cuando forman una pareja; pero cuando esta relación culmina en aborto, resulta cuestionante, sobre todo si el hombre es mucho mayor, y mantiene una relación inestable, que conduce al aborto, al ocurrir un embarazo inesperado.

Se ha observado además que la paciente queda abandonada en el hospital, no recibiendo el apoyo de su pareja, quien aparentemente no desea asumir su responsabilidad, o no desea comprometerse con algunos aspectos sociales e incluso legales. Esta lamentable situación la hemos constatado al ingreso de la paciente, durante su hospitalización y al momento del alta.



**TABLA 10**
**DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN CON ABORTO INCOMPLETO SEGUN INSTRUCCIÓN DE LA PAREJA**

Instrucción de la Pareja	Número	Porcentaje
PRIMARIA	04	06.89
SECUNDARIA	38	65.52
UNIVERSITARIA	16	27.59
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100.00</b>

**Fuente: Investigador**

No hay analfabetos; el 65.52 % tienen instrucción secundaria (51.67% en mujeres) y el 27.59 % universitaria ( 40.00 % en las mujeres).

Es llamativo que teniendo la mujer instrucción superior en mayor frecuencia que su pareja, llegue a vivir la posibilidad de un aborto. En la sexualidad es determinante la decisión de la mujer, para aceptar embarazo y aborto; sin embargo parece que existen otros actores más determinantes, para llegar al aborto ( 7 ) , y que la demanda presentada a un servicio de salud, sea de mayor exigencia, por el nivel de instrucción de la paciente.

Es llamativo que siendo los varones de mayor edad que la mujer, tienen menor instrucción; puede ser una expresión de nuestra cultura machista, donde la razón no es respetada.

**TABLA 11**

**DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN CON ABORTO INCOMPLETO SEGUN  
OCUPACIÓN DE LA PAREJA**

Ocupación de la Pareja	Número	Porcentaje
SU CASA	02	03.44
ESTUDIANTE	12	20.69
TRABAJA	44	75.87
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100.00</b>

**Fuente: Investigador**

La pareja de la mujer con aborto, trabaja en un 75.87 % (26.66% en la mujer, tabla 04) y estudia en el 20.69% ( 45% en la mujer).

Este hallazgo es compatible con la mayor edad que tiene el hombre, que expresa la necesidad de tener un trabajo, pero que esto no se traduce en una respuesta consecuente, cuando la mujer ingresa a un servicio de salud, para la atención del aborto (8), ya que la pareja no cumple con su obligación de asumir los costos de atención . El Ministerio de Salud ha extendido el Servicio Integral de Salud a la mujer con aborto, para que goce de la atención gratuita, obligación que debería asumirla la pareja de la paciente.

Ha sido muy difícil entrevistar a la pareja de la paciente quien generalmente está “trabajando”, y es la propia paciente que realiza los trámites administrativos de ingreso y alta, efectuar pagos, e incluso el traslado a su domicilio sin apoyo.

**TABLA 12**

**DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN CON ABORTO INCOMPLETO SEGUN  
SÍNTOMAS**

Síntomas	Número	Porcentaje
SANGRADO	60	100.00
DOLOR	---	
FIEBRE	---	
<b>Total</b>	60	100%

**Fuente: Investigador**

Todas las pacientes ingresaron con sangrado genital, ninguna con fiebre o dolor abdominal manifiesto.

Se sabe que el sangrado genital, procedente de útero, es el síntoma constante en los casos de aborto incompleto (3) situación comprobada en este estudio. Sin embargo la cuantía del sangrado es muy variable con tendencia a ser abundante, lo que complica la evolución de la paciente.

Lo llamativo es que el sangrado genital se presenta días antes del ingreso, y la paciente no acude a control medico, realidad que puede llevar a diferentes interpretaciones : temor a que se descubra la verdad, ignorancia, incertidumbre por sentirse abandonadas, u otras; interrogadas las pacientes, la totalidad respondieron: “ pensé que se era normal “ o “ no tenía tiempo para consultar” ; recién cuando el sangrado es preocupante, obliga a su atención por emergencia.

El no encontrar fiebre, dolor abdominal y otros permite deducir que el método para provocar el aborto, es el farmacológico y no el invasivo ( maniobras instrumentales)



**TABLA 13**

**DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN CON ABORTO INCOMPLETO SEGUN  
CANTIDAD SANGRADO**

<b>Cantidad de Sangrado</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
ABUNDANTE	46	76.67
REGULAR	04	06.67
ESCASO	10	16.66
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100.00</b>

**Fuente: Investigador**

El sangrado fue abundante en el 76.67% de mujeres con aborto, lo cual demuestra la gravedad de la demanda solicitada a un servicio de salud cuando acude una mujer con aborto incompleto. La oferta debe situarse a ese nivel, y solucionar una demanda urgente, en el caso de hemorragia abundante, pero también una oferta para sangrado escaso en pacientes con aborto incompleto, que traducen otra realidad, que no es de orden medico.

Es reconocida la hemorragia genital, como la complicación más frecuente del aborto incompleto y una de las principales causas de muerte (3,4). Esto obliga a que la oferta de los servicios de salud, solucione esta demanda, lo que implica un protocolo que garantice una atención inmediata y de calidad, que no se da como lo discutiremos posteriormente.

Se ha postulado que, de todos los abortos provocados, solo un tercio se complican con sangrado o infección, y son los que obligadamente tienen que ir a los hospitales, llegando a veces en estado crítico.

**TABLA 14**
**DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN CON ABORTO INCOMPLETO SEGUN  
CAUSA DE SANGRADO**

<b>Causa de Sangrado</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
REFERIDA POR PACIENTE	35	58.34
CAUSA MEDICA	06	10.00
CAUSA ACEPTADA	05	08.33
IGNORA	14	23.33
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100.00</b>

**Fuente: Investigador**

El 58.34 % de mujeres con aborto incompleto refieren como causa, una probabilidad, siendo las mas frecuentes “ esfuerzo” y “caída” ; el 23.33 % ignoran la causa del aborto. Solamente en el 10 % se encuentra una causa medica que justifica el aborto: infección urinaria, respiratoria, u otra. En el 8.33% la causa fue responsabilidad de la paciente.

Es reconocido que la causa medica del aborto no supera al 12 % ( 3,21 ) cifras mayores, hacen pensar que el aborto ha sido provocado, situación sugerida por los resultados presentados. Es una demanda de salud compleja y con riesgos de salud ocultos, que debe tenerse en cuenta en la oferta de servicios de salud.

Estos hallazgos orientan a asumir ocultamiento de la verdad, lo que condiciona que la demanda del aborto incompleto se torne inesperada y siempre compleja.

**TABLA 15**

**DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN CON ABORTO INCOMPLETO SEGUN  
COMPLICACIONES**

Complicaciones	Frecuencia	Porcentaje
SHOCK HIPOVOLEMICO	34	56.66
INFECCIÓN	0	
OTROS	0	
NINGUNA	26	43.34
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100.00</b>

**Fuente: Investigador**

El 56.66% de mujeres con aborto tuvieron shock hipovolémico debido a la hemorragia profusa i/o persistente. No se encontró pacientes con infección clínica.

La hemorragia es la complicación más frecuente en caso de aborto, causante incluso de mortalidad ( 24 ) y es consecuencia de retención de restos trofoblásticos. Lo que hay que discutir es, porque la paciente espera una hemorragia tan abundante que la lleve al shock hipovolémico, para recién acudir a un servicio de salud. La respuesta no es médica, hay que buscarla en los aspectos culturales, sociales y del entorno que obligan a decisiones tan traumáticas. Este es el problema del aborto: una patología frecuente, a veces mortal, cuyas determinantes no se detectan de inmediato. La oferta de los servicios de salud deben tener presente este riesgo, para su atención oportuna y eficaz

Felizmente en la población de estudio no se encontró muertes maternas por aborto



# OFERTA DE SERVICIOS PARA ABORTO INCOMPLETO EN EL HOSPITAL GOYENECHE



## 1. OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD EN HOSPITAL GOYENECHÉ

**TABLA 16**

### **FICHA DESCRIPTIVA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ**

- Fecha De Inauguración: 11 de febrero de 1912
- Tipo de construcción: de un nivel y de estilo gótico, con jardines entre los pabellones
- Paredes de 1.5 mts de ancho, construidas con sillar
- Terreno : área total 46,473 mts
- Área construida: 14,857 mts.
- Camas disponibles: 118
- Departamentos asistenciales : Medicina, Cirugía ,Ginecología Obstetricia, Pediatría y Oncología
- Servicios intermedios: laboratorio, patología, diagnóstico por imágenes, epidemiología, salud ambiental. servicio social, centro quirúrgico
- Es un Hospital Nivel III
- Movimiento de pacientes en el 2004: 47,118 atenciones, 20,084 consultas externas, 9,187 hospitalizaciones.

**Fuente: Oficina de Planificación Hospital Goyeneche.**

El Hospital Goyeneche esta categorizado en el Nivel III, según las normas respectivas.

Por ser un hospital antiguo sus servicios no están totalmente sectorizados, obligando a que los usuarios realicen caminatas innecesarias para su tramite de atención.

El departamento de Ginecología y Obstetricia, cuenta con un servicio de Ginecología en el cual se atiende, entre otras patologías, a pacientes con aborto, no teniendo camas definidas destinadas para su atención.

Los servicios intermedios, que funciona las 24 horas del día no discriminan el tipo de patología tratada.

**TABLA 17**

**GUÍA PARA LA CATEGORIZACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DEL  
SECTOR SALUD 2005.- RM 1142-2004/MINSA**

**CONSULTA EXTERNA.-**

Considera atención profesional de salud: Enfermera, Obstetiz, así como atención no médica: Técnica de Enfermería.

Exige consulta en medicina general, odontológica, psicológica, nutricional, social, por especialidades básicas (donde esta incluida Ginecología y Obstetricia), especialidades medicas (de 15 especialidades falta Hematología y Geriatria), y especialidades quirúrgicas ( de 11 falta cirugía de cabeza y cuello y cirugía de tórax).

**EMERGENCIA.-**

Ambiente de atención en emergencia, sala de observación, unidad de shock trauma.

Cuenta con cuatro camas de emergencia y seis camas de observación.

Tiene personal asignado por 24 horas, así como disponibilidad de apoyo diagnostico.

**HOSPITALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA.-**

Personal asignado 04 médicos, 04 enfermeras y 08 técnicas auxiliares.

Numero de camas 14.

Cuenta con apoyo diagnostico.

**CENTRO QUIRÚRGICO.-**

Tiene sala de cirugía de día, 03 salas de operaciones, sala de recuperación, quirófano gineco obstétrico

Se efectúan procedimientos quirúrgicos de baja mediana complejidad.

Tiene personal asignado y disponibilidad de servicios de diagnostico y tratamiento.

**Fuente: RM 1142-2004/MINSA**

En esta tabla se incluyen aspectos que tiene que ver con la atención de pacientes con aborto en los diferentes servicios y que son ofertados en el Hospital Goyeneche.



**TABLA 18**
**PERSONAL DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA**

	<b>Total de Pesonal</b>	<b>Turno de mañana</b>	<b>Turno de tarde</b>	<b>Turno de noche</b>
Médicos	4	1	1	1
Enfermeras	5	1	1	1
Técnicas auxiliares	5	1	1	1
<b>Total</b>	14	3	3	3

**Fuente: Investigador**

En el servicio de Ginecología, lugar donde se hospitalizan las pacientes con aborto incompleto, están asignados cuatro médicos, cinco enfermeras y cinco técnicas auxiliares, quienes laboran ,solo los días disponibles, luego de efectuar guardias de doce horas. Un medico, trabaja 108 horas mensuales en guardias ( nueve en promedio) y 42 horas en servicio, es decir ,siete días, al mes, de trabajo matinal

Por ello, cuando llega una paciente con aborto incompleto, el tratamiento lo asume el medico de guardia, ya que el medico asignado a ginecología se encarga de realizar las operaciones programadas , atender el consultorio externo de ginecología, además de pasar la visita medica diaria y atender interconsultas

El personal es insuficiente, tratando de satisfacer la demanda de catorce camas ocupadas por pacientes ginecológicas. No existe un sector específico ,ni personal exclusivo para atender pacientes con aborto incompleto, siendo la oferta restringida a la urgencia.

Al personal estable, se suma la presencia de internos de medicina, de enfermería y médicos residentes, de la especialidad de Medicina Familiar y de la especialidad de Ginecología y obstetricia, quienes rotan según convenios con la Universidad.

**TABLA 19**

**HORAS TRABAJO MÉDICO EN SERVICIO DE GINECOLOGÍA  
HOSPITAL GOYENECHÉ**

<b>Actividad medica</b>	<b>Horas Día</b>	<b>Horas Mes</b>
<b>Visita Médica</b>	02 .	60
<b>Cirugía</b>	06	132
<b>Ayudante Cirugía</b>	06	132
<b>Consulta Externa 24 pac/día</b>	06.	132
<b>Guardias</b>	24	720
<b>Otras Actividades (*)</b>	01	22
<b>TOTAL</b>		<b>1198</b>

**Fuente: Investigador**

(\*) conversatorios, trabajo administrativo, docencia internos – residentes.

Se requiere 11 98 horas médico mês , es decir 8 médicos trabajando 150 horas mensuales; en la actualidad se dispone de 4 médicos.

Las normas de categorización y acreditación no precisan el número de médicos por servicios; solo exigen una infraestructura adecuada y personal especializad.

Es notorio el déficit de personal médico, situación que se repite en los otros trabajadores de salud, lo que compromete la calidad de atención ; esta realidad crea impacto inmediato negativo en la atención del aborto incompletó, a pesar de su priorización por ser un problema de salud.

**TABLA 20**

**PERSONAL DE CENTRO QUIRÚRGICO**

	<b>Total de Personal</b>	<b>Turno de mañana</b>	<b>Turno de tarde</b>	<b>Turno de noche</b>
Médicos	7	2	1	1
Enfermeras	7	2	1	1
Técnicas auxiliares	8	2	1	1
<b>Total</b>	15	6	3	3

**Fuente: Investigador**

En Centro quirúrgico trabajan siete médicos, siete enfermeras instrumentistas, y ocho técnicas auxiliares, que se distribuyen en guardias diurnas y nocturnas. Es personal con experiencia en su labor y que manejan adecuadamente la conducción de pacientes quirúrgicos graves. No hay personal exclusivo para atención del aborto incompleto.

El Centro quirúrgico dispone del material indispensable para solucionar emergencias, pero no tienen medicinas e insumos para uso inmediato, pues estos se encuentran en farmacia, lo cual disminuye eficacia en la atención.

El personal es sometido a entrenamiento constante, cursos de capacitación en bioseguridad , pero no han recibido cursos para atención de pacientes con aborto incompleto; los equipos reciben mantenimiento periódico.



**TABLA 21**
**PERSONAL DE LABORATORIO**

	<b>Total Personal</b>	<b>de Turno mañana</b>	<b>de Turno Tarde</b>	<b>de Turno de noche</b>
Médicos	1	1	Reten	Reten
Enfermeras	0	No	No	No
Técnicos	8	4	1	1
<b>Total</b>	9	5	1	1

**Fuente: Investigador**

El Servicio de laboratorio tiene un medico y ocho técnicos en laboratorio; estos, se distribuyen en turnos de guardia y es el personal que realiza los análisis de emergencia por la tarde y noche, para todos los pacientes de los diferentes servicios y emergencia.

Loa análisis de laboratorio que se efectúan por la tarde y noche, dependen en sus resultados de la experiencia del técnico en laboratorio, consultando en casos de duda con el medico de reten. No se ha detectado errores que hayan puesto en riesgo la salud de la paciente.

El Banco de sangre está disponible con prioridad, para pacientes que lo necesiten de urgencia, adquiriendo el compromiso de devolver la sangre prestada.

El servicio de laboratorio no brinda funciones específicas, ni preferenciales para pacientes con aborto incompleto, lo cual en una emergencia, disminuye su calidad de respuesta.

**TABLA 22**

**DISTRIBUCION DE POBLACIÓN CON ABORTO INCOMPLETO SEGÚN  
TIEMPO DE ESPERA EN EMERGENCIA**

<b>Tiempo de Espera</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
MENOS de 15 minutos	12	22.22
16 a 30 minutos	14	25.93
31 a 45 minutos	04	07.40
46 a 60 minutos	15	27.78
MAS de 60 minutos	09	16.67
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100.00</b>

**Fuente: Investigador**

De las 60 pacientes con aborto incompleto, 54 ingresaron por emergencia y 6 por consultorio externo. El tiempo de espera de ingreso por emergencia es menor de 30 minutos en cerca de la mitad de mujeres con aborto; el 16.67 % esperaron más de una hora, debido a la necesidad de realización de exámenes auxiliares y por que no hay atención preferencial para pacientes con aborto incompleto.

No está precisado el tiempo de espera y de atención en emergencia, pero es obvio que , por el objetivo de servicio de brinda, la atención debe ser inmediata, como es el caso de la mujer con aborto incompleto, especialmente si viene con hemorragia ( 6 ); cuanto más espera la paciente mayor el riesgo en su salud y en el pronóstico. Por ello, la oferta de servicio de salud, debe garantizar un flujo rápido de pacientes en un servicio de emergencia, para evitar disminución de calidad de atención

**TABLA 23**

**DISTRIBUCION DE POBLACIÓN CON ABORTO INCOMPLETO SEGÚN  
TIEMPO DE ATENCIÓN EN EMERGENCIA**

<b>Tiempo de Atención</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
MENOS de 15 minutos	45	83.32
16 a 30 minutos	07	12.98
31 a 45 minutos	---	---
MAS de 60 minutos	02	03.70
<b>TOTAL</b>	54	100.00

**Fuente: Investigador**

El tiempo que duró la atención en emergencia fue menor a 15 minutos ,en el 83.32 % de mujeres con aborto , debido a que estaba complicada y tenía que hospitalizarse para su atención medico quirúrgica inmediata. Este hallazgo demuestra que las pacientes con aborto incompleto, solicitan atención, solo, cuando su salud está muy comprometida ; esta demanda exige estar preparados para una oferta acorde con la emergencia. Tres pacientes permanecieron mas de una hora, esperando resultados de sangre.

La atención de emergencia de mujer con aborto incompleto, exige confirmar el diagnóstico con criterio clínico contundente y en casos necesarios con apoyo de exámenes auxiliares y para ello el hospital debe proveer lo necesario para tal fin, para no prolongar la atención de paciente en estado crítico. Es importante tener un ecógrafo en emergencia



**TABLA 24**

**DISTRIBUCION DE POBLACIÓN CON ABORTO INCOMPLETO SEGÚN  
TIEMPO DE REALIZACION DE EXAMENES AUXILIARES EN  
EMERGENCIA**

<b>Tiempo de Exámenes Auxiliares Emergencia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
MENOS de 15 minutos	06	17.65
16 a 30 minutos	15	44.11
31 a 45 minutos	---	---
46 a 60 minutos	10	29.42
MAS de 60 minutos	03	08.82
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100.00</b>

**Fuente: Investigador**

Necesitaron exámenes auxiliares 34 de 60 pacientes con aborto que acudieron a emergencia, de las cuales un 38.22 % tuvieron una demora mayor de 46 minutos. Los exámenes auxiliares solicitados fueron hemoglobina, hematocrito, hemograma, o ecografía, cuya ejecución no debe ser mayor de 30 minutos.

La oferta de un hospital, debe responder a la demanda en forma oportuna y eficaz, minimizando tiempo de espera y proveer los insumos para exámenes auxiliares de emergencia, que están previstos por la oferta, que debe ser conocida; es parte importante de la calidad de atención y que debe optimizarse en pacientes con patología compleja, por el impacto en la evolución de su enfermedad.

**TABLA 25**
**DISTRIBUCION DE POBLACIÓN CON ABORTO INCOMPLETO SEGÚN  
TOTAL DE TIEMPO PARA INGRESAR POR EMERGENCIA**

<b>Total de Tiempo de Ingreso</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
MENOS de 15 minutos	04	07.40
16 a 30 minutos	05	09.26
31 a 45 minutos	06	11.12
46 a 60 minutos	04	07.40
61 a 120 minutos	23	42.59
MAS de 120 minutos	12	22.23
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100.00</b>

**Fuente: Investigador**

Considerando el tiempo de espera, tiempo de atención y tiempo para efectuar exámenes auxiliares, se encontró, que la atención de mujeres con aborto incompleto duró de una a dos horas en el 42.59% y más de dos horas en el 22.23 %. Solo en el 16.66 % fue menor de 30 minutos.

No es problema de infraestructura, porque el servicio de emergencia es vecino a caja y farmacia, no más de 30 mts ida y vuelta. Es problema de cultura organizacional y la implementación de monitoreo y evaluación.

Tiempos de atención largos en emergencia no son prudentes, sobre todo en pacientes complicadas, como es el aborto incompleto (1 ). Esto demuestra que hay fallas en la oferta de servicios de atención en mujeres con aborto incompleto y que no solamente disminuyen la calidad de atención ( 20), sino que aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad

**TABLA 26**
**DISTRIBUCION DE POBLACIÓN CON ABORTO INCOMPLETO SEGÚN  
TIEMPO EN TRÁMITES EN CONSULTORIO EXTERNO**

<b>Tiempo en Trámites</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
MENOS de 30 minutos	1	16.67
31 a 60 minutos	---	---
60 a 120 minutos	5	83.33
<b>Total</b>	6	100.00

**Fuente: Investigador**

Solamente seis mujeres con aborto ingresaron por consultorio externo, cinco de ellas demoraron mas de una hora en trámites, para solicitar consulta. Esta demora es una muestra de la realidad de oferta inadecuada, frente a una demanda de un problema complejo.

El gran problema es que la infraestructura del Hospital, que es muy antigua, ha sido acondicionada sin poder realizar cambios arquitectónicos apropiados, por ser declarado monumento histórico, no teniendo oferta de servicios concentrados. Ello ha determinado que los pacientes realicen los siguientes traslados para efectuar tramites : de caja a estadística 220 mts, de estadística a laboratorio 120 mts, de laboratorio a consultorio externo 100 mts, de consultorio externo a hospitalización 80 mt, de hospitalización a farmacia 240 mts ida y vuelta; la paciente con aborto incompleto camina 760 mts para efectuar trámite de ingreso por consultorio externo : oferta cualitativa inadecuada, que exige decisiones gerenciales.



**TABLA 27**
**DISTRIBUCION DE POBLACIÓN CON ABORTO INCOMPLETO SEGÚN  
TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTORIO EXTERNO**

<b>Tiempo de Espera</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
MENOS de 15 minutos	1	16.67
16 a 30 minutos	2	33.33
31 a 45 minutos	---	---
46 a 60 minutos	1	16.67
MAS de 60	2	33.33
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100.00</b>

**Fuente: Investigador**

La mitad de pacientes, para ser atendidas en consultorio externo, esperaron mas de 45 minutos, expresión de lo que ocurre en el Hospital Goyeneche, donde la oferta de inicio de atención, está condicionada por diferentes situaciones, entre ellas, demora del medico en la atención o la demora en el inicio de la consulta ( el especialista esta efectuando otras actividades).

Si bien, son muy pocas las pacientes encuestadas, para emitir opinión, sin embargo se observa la tendencia existente, que es comprobada por el autor como constituyente del equipo medico de trabajo. La oferta de servicio de salud en consultorio externo es muy deficiente; además de la larga espera en el mismo consultorio externo, se suma las horas previas que la paciente tiene que gastar en obtener turno y efectuar pagos ; es decir la paciente tiene que acudir al Hospital antes de las 06.00 hrs y ser atendida en menos de 15 minutos , después de tres o más horas de espera. Una oferta de servicios de salud preocupante y de solución gerencial

**TABLA 28**
**DISTRIBUCION DE POBLACIÓN CON ABORTO INCOMPLETO SEGÚN  
TIEMPO DE ATENCIÓN EN CONSULTORIO EXTERNO**

<b>Tiempo de Atención</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
MENOS de 15 minutos	6	100.00
16 a 30 minutos	---	---
31 a 45 minutos	---	---
46 a 60 minutos	---	---
Total	6	100.00

**Fuente: Investigador**

Todas las pacientes tuvieron un tiempo de atención médica menor de 15 minutos, que es el tiempo estimado por el Ministerio de Salud, para atención de paciente en consultorio externo.

Es motivo de discusión constante, el tiempo que se otorga a una paciente para su atención en consultorio externo de institución pública, que siempre es menor que el otorgado en consultorio privado, donde el tiempo no es limitado. El problema es que la oferta de horas médico es limitada, en respuesta a la cantidad de demanda que obliga a limitar tiempos; es una discusión donde las alternativas de solución no son viables a corto plazo.

**TABLA 29**
**DISTRIBUCION DE POBLACIÓN CON ABORTO INCOMPLETO SEGÚN  
TOTAL DE TIEMPO EN ATENCIÓN EN CONSULTORIO EXTERNO**

<b>Total de Tiempo en Atención</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
MENOS de 15 minutos	---	---
16 a 30 minutos	---	---
31 a 45 minutos	---	---
46 a 60 minutos	---	---
61 a 20 minutos	2	33.33
MAS de 120 minutos	4	66.67
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>100.00</b>

**Fuente: Investigador**

Para ser atendida en consultorio externo de ginecología del Hospital Goyeneche, la paciente gastó entre una a dos horas en el 33.33% y mas de dos horas en el 66.67%, tiempo que es excesivamente largo, para cualquier paciente y sobre todo, cuando son portadoras de patología compleja.

La calidad de atención exige que sea rápida y eficaz ( 9, 15 ); lamentablemente esta premisa no se cumple en instituciones públicas, por el sistema de trámites administrativos, la existencias de colas para tramites y pagos, que son los aspectos determinantes en la demora de atención de los pacientes, situación que hace la diferencia con la atención en el servicio de emergencia.



**TABLA 30**
**COSTO EN MEDICINAS DE LEGRADO UTERINO**

Insumos	Unidades	Costo unitario S/.	Costo total S/.
Dextrosa SS 1 lt.	1	4,68	4,68
Equipo venoclisis	1	2,34	2,34
Abocath 18	1	2,00	2,00
Guantes quirúrgicos	2	0,91	1,82
Diazepan amp 10 mg	1	0,33	0,33
Atropina 05 mg	1	0,39	0,39
Jeringa 5 cc	1	0,24	0,25
Yodopovidona 60 cc	1	2,02	2,02
Ketamina x 2 cc	1	1,88	1,21
<b>TOTAL</b>			<b>16,91</b>

**Fuente: Servicio de Farmacia del Hospital Goyeneche.**

En caso de Aspiración Manual Endouterina se suprime Dextrosa SS 1 lt, equipo de venoclisis, abocath 18 , ketamina, y se agrega Xilocayne 2% 1 amp, siendo el costo total de S/ 6,01.

Las medicinas necesarias para realizar un legrado uterino tienen un costo total de S/ 16,91 y en caso de Aspiración Manual Endouterina el costo totales S/ 6,01.

Se trata de precios preferenciales ofertados por el Ministerio de salud a todos sus centros asistenciales a nivel nacional y que resultan altamente competitivos con los ofrecidos por farmacias particulares y que benefician mucho al paciente . La oferta de servicios de salud en medicinas es buena.

Es importante efectuar monitoreo de costos para evaluar el desempeño de los servicios de salud (14)

**TABLA 31**

**COSTO TOTAL DE ATENCION DEL ABORTO INCOMPLETO**

	<b>Legrado Uterino S/.</b>	<b>Aspiración Manual Endouterina S/.</b>
Medicinas	16,91	6,01
Hospitalización	12,00	12,00
Sala de operaciones	30,00	30,00
<b>TOTAL</b>	<b>58,91</b>	<b>48,01</b>

**Fuente: Investigador**

La diferencia no es significativa, entre el costo por legrado uterino ( S/ 58,91) y Aspiración Manual Endouterina ( S/ 48,01)

La diferencia radica en que la Aspiración Manual Endouterina, puede y debe ser ambulatoria ( 25,26 ), lo que disminuiría costo de hospitalización y sala de operaciones, lo que significaría una diferencia importante.

Hay diferentes situaciones de orden social, y administrativa que no han permitido implementar lo anteriormente mencionado, a pesar de experiencias en otros hospitales como Daniel Alcides Carrion. Es una pérdida de oportunidad para optimizar la oferta de servicio de salud a un costo menor.



# RELACION DEMANDA OFERTA EN LA ATENCION DE ABORTO INCOMPLETO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ



**TABLA 32**

**RELACION DEMANDA OFERTA EN ATENCIÓN DE ABORTO  
INCOMPLETO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ SEGUN  
INFRAESTRUCTURA**

<b>INFRAESTRUCTURA</b>	<b>ITEM</b>	<b>ATENCIÓN DE ABORTO</b>
<b>Consultorio Externo</b>	Exclusivo	NO
	No Exclusivo	SI
<b>Emergencia</b>	Exclusivo	NO
	No Exclusivo	SI
<b>Hospitalización</b>	Exclusivo	NO
	No Exclusivo	SI
<b>Centro Quirúrgico</b>	Exclusivo	NO
	No Exclusivo	SI

**Fuente: Investigador**

Si bien existe infraestructura, correspondiente a un Hospital Nivel III, no hay ambientes exclusivos, para ofertar servicio de salud a mujeres con aborto incompleto; su atención se efectúa dentro de los mismos ambientes en que son atendidas otras Patologías Ginecológicas, no teniendo la reserva ni preferencia adecuadas.

Esta debilidad de oferta de servicio de salud, puede ser eliminada con decisiones administrativas, que no exigen inversión económica ( limitante en Ministerio de Salud) . Para la mujer con aborto incompleto, con una demanda de atención de salud comprometida en aspectos médicos, sociales, culturales y otros, recibe una oferta de servicio no personalizado, que no solamente no soluciona el problema total, sino que lo agrava, especialmente en el aspecto psicológico, tan determinante en el presente y futuro de estas pacientes.

**TABLA 33**

**RELACIÓN DEMANDA OFERTA EN ATENCIÓN DE ABORTO  
INCOMPLETO EN HOSPITAL GOYENECHE  
SEGUN RECURSOS HUMANOS**

<b><u>RECURSOS HUMANOS</u></b>	<b>Consultorio Externo</b>	<b>Emergencia</b>	<b>Hospitalización</b>	<b>Centro Quirúrgico</b>	<b>Seguimiento</b>
<b>Medico Ginecólogo</b>	SI	SI	SI	SI	SI
<b>Enfermera</b>	NO	SI	SI	SI	NO
<b>Obstetriz</b>	NO	NO	SI	NO	SI
<b>Técnico Auxiliar</b>	SI	SI	SI	SI	NO
<b>Psicólogo</b>	NO	NO	OPCIONAL	NO	NO
<b>Servicio Social</b>	SI	NO	OPCIONAL	NO	NO

**Fuente: Investigador**

Nota: El personal no es exclusivo para la atención del Aborto.

Si bien los Recursos Humanos son los adecuados para un Hospital Nivel III, estos no son específicos para atender pacientes con aborto incompleto, condicionando oferta cualitativa inadecuada. El médico ginecólogo de guardia atiende todas las pacientes, incluidas las de aborto, cuya atención a veces es postergada, o incluso derivada a otro hospital, cuando el médico se encuentra ocupado en otra actividad

El personal de enfermería cumple labores generales de atención al paciente , no estando capacitada para brindar apoyo a paciente con aborto incompleto. La licenciada en obstetricia solo brinda apoyo en el post aborto inmediato , para consejería en Planificación Familiar. El psicólogo solo acude cuando es interconsultado. Servicio Social, solo funciona cuando es requerida por la paciente por razones económicas o cuando se detecta problemas familiares serios

**TABLA 34**

**RELACIÓN DEMANDA OFERTA EN ATENCIÓN DE ABORTO  
INCOMPLETO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ  
SEGUN REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**

	<b>Consultorio Externo</b>	<b>Emergencia</b>	<b>Hospitalización</b>
<b>REFERENCIA</b>	SI	SI	NO
<b>CONTRAREFERENCIA</b>	NO	SI	NO

**Fuente: Investigador**

Encontramos que la referencia funciona hacia el hospital solo en algunas pacientes atendidas en consultorio externo y emergencia; es, en estos ambientes donde se decide su hospitalización y tipo de tratamiento independiente de la opinión medica expresada en el documento de referencia.

Respecto a la contrareferencia, esta actividad solo funciona en emergencia, cuando la paciente retorna al centro de referencia. En hospitalización no se efectúa contrareferencia de rutina y obligatoria toda paciente atendida y específicamente por aborto incompleto; en este caso, solo un tercio de pacientes son referidas..

El manejo de referencia y contrareferencia es una actividad de salud vital que permite optimizar la calidad de atención , siendo una oferta importante a la exigencia de la demanda por servicio de salud ; su inadecuado uso , puede ser corregido con decisión y monitoreo administrativo



**TABLA 35**

**RELACIÓN DEMANDA OFERTA EN ATENCIÓN DE ABORTO  
INCOMPLETO EN HOSPITAL GOYENECHÉ  
SEGUN DOCUMENTOS DE GESTIÓN**

	<b>Consultorio Externo</b>	<b>Emergencia</b>	<b>Hospitalización</b>	<b>Centro Quirúrgico</b>
<b>PROTOCOLOS</b>	NO	NO	SI	NO
<b>MANUAL DE EVENTOS ADVERSOS</b>	NO	NO	NO	NO
<b>SEGUIMIENTO POS ABORTO INMEDIATO</b>	NO	NO	OCASIONAL	NO
<b>SEGUIMIENTO POS ABORTO TARDIO</b>	NO	NO	NO	NO

**Fuente: Investigador**

No hay documentos de gestión que orienten y permitan monitoreo evaluación y supervisión de actividades de salud. Esto se constituye en un problema de salud, especialmente en pacientes con aborto incompleto que tienen una problemática compleja, que no es estrictamente de orden médico

Observamos que la oferta respecto a documentos de gestión es deficiente y que no responde a las expectativas de la demanda de pacientes con aborto incompleto. La solución es gerencial y la inversión económica es mínima. Su práctica permitiría una respuesta a los problemas sociales, culturales y otros que acompañan al aborto incompleto.

**TABLA N. 36**

**RELACIÓN DEMANDA OFERTA PARA ATENCIÓN DE ABORTO  
INCOMPLETO EN HOSPITAL GOYENECHÉ**

D E M A N D A	OFERTA	
	CAPACIDAD RESOLUTIVA CUANTITATIVA	ESTRUCTURA
	NO DETERMINADA	ADECUADA PERO INESPECIFICA
	CAPACIDAD RESOLUTIVA CUANTITATIVA	NIVEL TECNOLOGICO
	INSUFICIENTE	ADECUADO

**Fuente: Investigador**

En la relación oferta y demanda encontramos que la estructura es adecuada, para atención de aborto incompleto ( por ser Hospital nivel III), pero inespecífica; no hay ambientes exclusivos, lo cual evita una atención de calidad.

El nivel tecnológico es adecuado ya que la atención de un aborto no exige alta tecnología, pudiendo resolverse incluso en forma ambulatoria y con anestesia local en caso Aspiración Manual Endouterina.

Respecto a la oferta en su capacidad resolutiva cuantitativa no esta determinada, en razón a que la demanda es inesperada. Así mismo la oferta en su capacidad resolutiva cualitativa es insuficiente, pues si bien existe el recurso humano, este es insuficiente ya que no es específico para la atención de mujeres con aborto, especialmente si se considera que estamos frente a un problema no solo médico, sino con situaciones de implicancias sociales económicas, culturales, morales, entre otras.

**TABLA 37**
**ENCUESTA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN ABORTO INCOMPLETO:  
POR QUE VINO AL HOSPITAL?**

Por que vino al Hospital	Frecuencia	Porcentaje
Está cerca	09	15.00
Es barato	01	01.66
Buena atención	23	38.34
Referida	18	30.00
Otras	09	15.00
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100.00</b>

**Fuente: Investigador**

Las pacientes refirieron que acudieron al Hospital Goyeneche por su buena atención (38.34%) y porque fueron referidas de Centros de Salud (30.00%), donde efectuaron consulta previa. Otras razones (15.00%) incluyeron el papel del taxista, consejo de un familiar o amistad.

Es muy importante la imagen que proyecta una institución, para que su oferta de servicios sea reconocida en caso de urgencia; en el presente estudio un poco más de un tercio tuvo este impacto. Al tratar de indagar en que consistía la buena atención, la respuesta mayoritaria fue “ porque son amables” y no resaltaron la atención profesional del tratamiento medico o quirúrgico. Sin embargo la atención es preferencial (23).

Destacamos que solo el 30% de pacientes son referidos de un centro de salud o posta médica, lo que indica la poca organización de la oferta, así como lo inadecuado de la articulación del sistema referencia contrareferencia.



**TABLA 38**
**ENCUESTA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN ABORTO INCOMPLETO:  
SATISFACCIÓN DE LA MUJER**

PREGUNTAS	RESPUESTAS		
	SI	NO	NO OPINA / NO APLICA
El personal le brindo confianza para expresar su problema?	48 (80%)	11 (18.33%)	1 (1.67%) <b>NO OPINA</b>
Considera que durante la consulta medica le hicieron un buen examen?	38 (63.33%)	21 (35%)	1 (1.67%) <b>NO OPINA</b>
El personal que la atendió le explicó sobre el examen que le iba a realizar?	32 (53.33%)	28 (46.67%)	-----
El personal que la atendió le explicó con palabras fáciles de entender cual es su problema?	34 (56.66%)	26 (43.34%)	-----
Le dieron indicaciones escritas, claras en una receta?	19 (31.66%)	41 (68.34%)	-----
El personal que la atendió le explico los cuidados a seguir en casa?	7 (11.67 %)	53 (88.33%)	-----
Las tarifas pagadas por su atención están a su alcance?	22 (36.66%)	31 (51.67%)	7 (11.67%) <b>NO APLICA</b>

**Fuente: Investigador**

Esta encuesta es validada por el Ministerio de salud, Dirección General de salud de las Personas, Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud, Dirección de Garantía de Calidad y Acreditación. Lima Perú. Agosto del 2002

Respecto a si el personal le brindó confianza, la respuesta fue afirmativa en el 80 %, lo que demuestra un estado de empatía que es importante en mujeres con aborto. Se tiene la norma, que la enfermera es la encargada de acompañar a la paciente durante la ejecución del AMEU, mas no en LIU, para apoyarla sicológicamente, para lo cual ha sido previamente capacitada ; y luego, en el postoperatorio, es la obstetriz quien conversa con la paciente sobre planificación familiar, brindando el apoyo gratuito pertinente. Ambos aspectos permiten una asistencia, con apoyo permanente que se traduce en esta respuesta afirmativa de recibir confianza.

El 63,33% de pacientes indicaron que se les efectuó buen examen; hay que precisar que la respuesta es según la percepción que la paciente tiene sobre buen examen; en el grupo de pacientes que consideraron que no se hizo buen examen, refirieron el dolor al colocar el espejo . El examen ginecológico esta bien normado tanto en el procedimiento como en el trato con la paciente ( 21 ) y en el Departamento de Ginecología y Obstetricia todo el personal ha sido entrenado en calidad de atención a usuaria

La paciente indicó en un 53,33 % que le explicaron sobre el examen que se le iba a realizar, lo cual es una muestra de lo anterior, y que permite que la paciente adquiriera confianza y colabore con el examen ginecológico; pero resulta preocupante que la otra mitad de pacientes no lo consideren así, tema en el cual el hospital debe trabajar más, para lograr la calidad completa ( 19) Recordamos, que la Ley General de Salud y otros Decretos Legislativos y Normas de Salud, exigen el consentimiento informado, sobre todo en tratamientos invasivos

La explicación, en palabras fáciles del problema que esta viviendo la paciente fue captado por el 56.66% ; queda un 43.34% que no han comprendido la magnitud del problema, lo cual condiciona que , las conductas futuras para eliminarlo, no van a ser óptimas. En el caso del aborto incompleto es imprescindible que la paciente capte las implicancias, no solo médicas del aborto sino las de orden psicológico, social,

cultural, moral u otras que le permitan actitudes determinantes, para evitar retornar al problema.

Es importante indicaciones escritas y claras en una receta, lo cual no se ha cumplido, al decir de la paciente, en el 68.34%; el defecto se da, porque luego de la visita medica el interno de medicina es el encargado transmitir las indicaciones dadas en la visita medica y su capacidad de cumplimiento, al parecer, no es el mejor. Esta es una obligación del personal de salud (17) y constatar con retroalimentación, si el logro ha sido real.

Otro aspecto importante, en el postoperatorio del aborto incompleto, es que la paciente tenga claro los cuidados a seguir en casa, lo cual no es así para la paciente o no los recibió en el 88.83%, cifra alarmante porque el tratamiento no va a ser el óptimo quedando expuesta a riesgos, sobre todo si hay infección genital previa (21) o consecuencia de la técnica quirúrgica.

Un aspecto importante en una población catalogada como pobre (el 100 % lo fueron, según ficha social), es el pago que deben realizar por su atención; la mitad de pacientes dijeron que las tarifas no estaban a su alcance y el 11.67% estaban protegidas por el Sistema Integral de Salud, el cual por norma debió atender a todas las pacientes con aborto incompleto. Un tercio de pacientes aceptaron que las tarifas estaban a su alcance, que como ya comentamos no superan los 50 soles en aspiración Manual Uterina, que es la más usada. Se conoce que las pacientes que llegan con aborto, previamente han tenido consulta particular o con empíricos, para ‘solucionar su problema’ donde los costos por solo consulta son mayores que los solicitados en el Hospital. Además, se conoce, por propaganda en los periódicos, que el costo por “regular la menstruación” es mayor que el tratamiento medico ofertado por el Hospital.



Se deduce, de la encuesta de calidad, que esta no es óptima, siendo la solución de orden gerencial, educando continuamente a los recursos humanos, efectuando monitoreo, supervisión y evaluación periódicos



**TABLA 39**
**ENCUESTA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN ABORTO INCOMPLETO:  
SATISFACCIÓN DE LA MUJER**

PREGUNTAS	RESPUESTA		
	SI	NO	NO OPINA / NO APLICA
El personal que la atendió respeta sus creencias, en relación a su enfermedad?	40 (66.66%)	18 (30%)	2 (3.34%) <b>NO OPINA</b>
El horario de atención le parece conveniente?	52 (86.66%)	8 (13.34%)	-----
Le parecieron cómodos los ambientes del establecimiento?	50 (83.33%)	10 (16.64%)	-----
El establecimiento se encuentra limpio?	54 (90%)	6 (10%)	-----
Durante la consulta se respetó su privacidad?	38 (63.33%)	22 (36.64%)	-----
En termino generales. ¿Ud. siente que le resolvieron el problema motivo de atención?	52 (86.66%)	8 (13.34%)	-----
En termino generales. ¿Ud. se siente satisfecha con la atención recibida?	55 (91.67%)	4 (6.67%)	1 (1.66%) NO OPINA

**Fuente: Investigador**

El respeto a las creencias de la paciente, es un deber prioritario de los servidores de salud y en nuestro estudio fueron respetadas en el 66.66 % de pacientes, hallazgo preocupante de la oferta de servicios de salud, porque este es un pilar de la relación proveedor de salud paciente, orientado por la ética, en el respeto a la persona humana

y en respeto a la auto determinación. Esta relación demanda – oferta ,debe ser una constante, ya que incluso esta declarado en nuestra Constitución Política.

El horario de atención le pareció conveniente, a la paciente ( 86.66%), pero hay que considerar que la mayoría de pacientes ingresaron por emergencia donde el trámite de atención es menor que el de consultorio externo. No plantearon mecanismos de cambio en el horario. Ya discutimos que los tiempos empleados para ingresar al hospital, sea por emergencia o consultorios externos eran largos, sin embargo las pacientes sienten que esos horarios son adecuados; quizá por el acostumbramiento que su vivencia social las obliga.

Los ambientes del hospital resultaron cómodos para el 83.33 % a pesar que son ambientes grandes, con escasa privacidad y con dos baños comunes para catorce pacientes; es probable que por su condición de pobreza, las pacientes no son muy exigentes frente a los ambientes que el hospital les oferta

Siempre ha sido preocupación ofertar un ambiente adecuado a la paciente hospitalizada, en un servicio común del Hospital, en respeto a su condición humana, y porque es una forma de educar en buenos hábitos de salud (22 ), experiencias que han mostrado avances importantes en otros estudios.

Así mismo los ambientes fueron considerados limpios por el 90 % de pacientes, lo cual es compatible, por la presencia permanente de servicios de limpieza en turnos de mañana y tarde. Además la utilización de insumos por los pacientes es muy escaso.

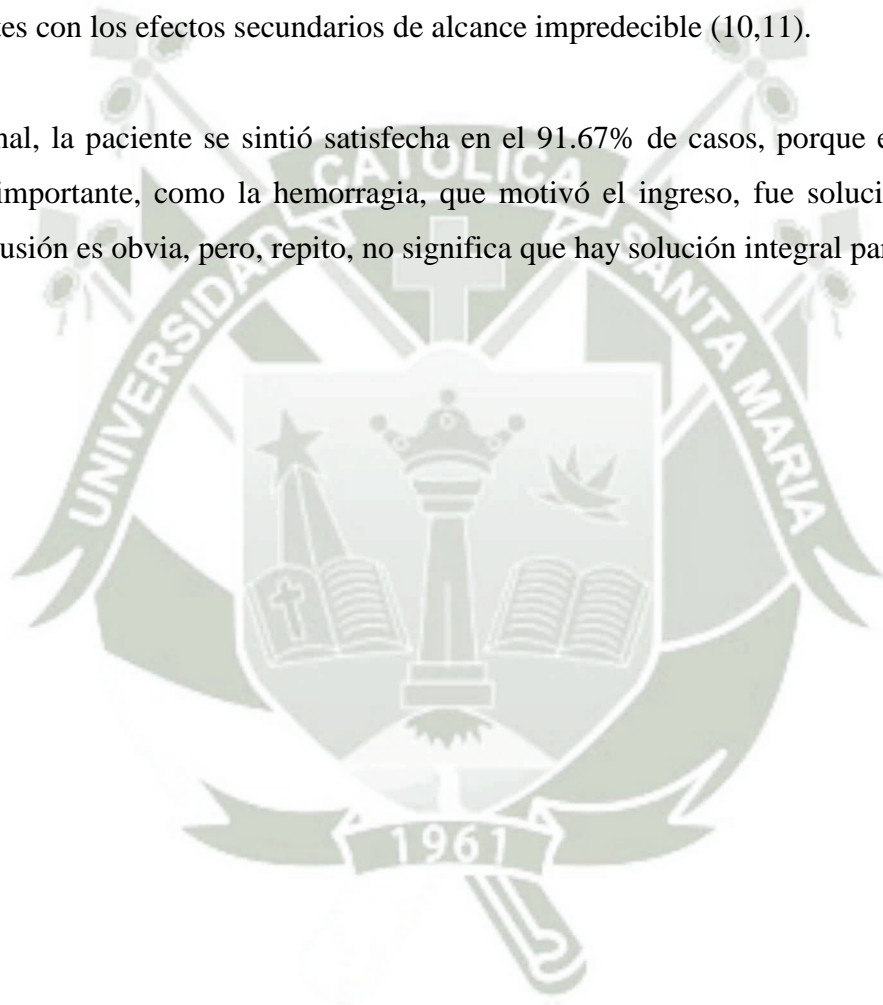
El respeto por la privacidad de paciente ginecológica es vital ; el 36.64% manifestaron que no respetó su privacidad, lo cual es preocupante, demostrando un quiebre entre demanda y oferta de servicios de salud; el motivo aducido fue la presencia de alumnos o la presencia de auxiliar masculino en emergencia, situaciones



ambas que se pueden modificar , con solo tomar la decisión. Esta parte de la calidad de atención es determinante para el retorno de la paciente (22,12).

El 86.66% manifestaron que el problema motivo de atención fue resuelto; profundizando en la respuesta, se referían al procedimiento quirúrgico, que solucionaba la hemorragia que fue el motivo de ingreso; queda pendiente los factores causales, o el impacto social del problema, que no han sido abordados, quedan latentes con los efectos secundarios de alcance impredecible (10,11).

Al final, la paciente se sintió satisfecha en el 91.67% de casos, porque el problema más importante, como la hemorragia, que motivó el ingreso, fue solucionado; esta conclusión es obvia, pero, repito, no significa que hay solución integral para el aborto



## **CONCLUSIONES**

### **PRIMERA**

La demanda de mujeres con aborto incompleto está constituida en la mayoría , por jóvenes ,con instrucción secundaria o superior, convivientes o solteras, con gestaciones menores de nueve semanas, con antecedente de ninguno o un hijo, sin planificación familiar, siendo su pareja de mayor edad , con instrucción secundaria o superior y trabajador. La razón de ingreso fue sangrado genital abundante y shock hipovolémico, siendo el factor causal ignorado. En conjunto se trata de una demanda poblacional, con muchos factores de riesgo , que tornan compleja la satisfacción total de la demanda del aborto incompleto

### **SEGUNDA**

La oferta es, Hospital Nivel III, con infraestructura antigua en 93 años, con 14 camas para atención ginecológica, ninguna exclusiva para atención del aborto, con demoras mayores de una hora o dos para ingresar por emergencia o consultorio externo, con recursos humanos no específicos para atención del aborto incompleto y con costos preferenciales en medicinas y hospitalización

### **TERCERA**

En la relación demanda oferta ,no existe infraestructura específica para la atención de aborto. Solo el recurso humano medico, está presente en todas las fases de atención del aborto, pero en forma inespecífica. No funciona a plenitud la referencia y contrareferencia. No existen documentos de gestión para atención y seguimiento del aborto incompleto. La demanda y oferta cuantitativa no está precisada y la oferta cualitativa es insuficiente

La relación demanda oferta, en opinión de la mayoría de encuestadas, no se les explico sobre el examen que se les iba a realizar, no recibió explicación en palabras fáciles de cuál era su problema, no se le dieron indicaciones escritas y claras en una receta, no se les explicó los cuidados a seguir en casa, las tarifas pagadas no estaban a su alcance, no se sintió respetada en su creencias ni en su privacidad.





## **SUGERENCIAS**

### **PRIMERA**

Debe priorizarse la atención de mujeres con aborto incompleto, ofertando un equipo multidisciplinario, que incluya psicólogo y asistente social, para solucionar la demanda compleja

### **SEGUNDA**

Ambientes específicos para atención de mujeres con aborto incompleto, con uso de documentos de gestión, así como referencia y contrareferencia

### **TERCERA**

Operativizar la atención ambulatoria de mujeres con aborto incompleto, para abreviar costos y utilización de camas hospitalarias, así como permitir el alta precoz.

### **CUARTA**

Monitoreo, evaluación y supervisión de atención del aborto incompleto

### **QUINTA**

Cursos periódicos sobre calidad de atención en mujeres con aborto incompleto, que mejoren la relación proveedores usuarias, en aspectos colaterales a la atención médica

## PROPUESTA

### **MONITOREO EVALUACION Y SUPERVISION DE ATENCION DEL ABORTO INCOMPLETO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ.**

La atención de pacientes con aborto incompleto que acuden al Hospital Goyeneche de Arequipa, se realiza en un marco de inadecuada relación demanda oferta, sobre todo en el aspecto cualitativo, expresada por las siguientes aspectos:

- La demanda está constituida por un problema complejo e inesperado, de orden médico, social, económico, cultural, ético, moral, legal... que necesita una respuesta acorde.
- La oferta de servicios de salud está limitada a la infraestructura y tratamiento médico, con parcial satisfacción de la usuaria. Así mismo, hay limitación en uso y disponibilidad de documentos de gestión.
- La mejora de la relación demanda oferta, en la atención del aborto incompleto, está limitada por imposibilidad de mejora presupuestal. Una solución es un manejo gerencial del problema, que, con los recursos existentes, neutralice las debilidades, potencie las fortalezas, aproveche las oportunidades y maneje las amenazas, institucionales.

En consecuencia con estos enunciados, y convencido que en Gerencia en Salud, las propuestas de solución deben ser simples, sostenibles, con decisiones acordes a problemática conocida, es que, se propone realizar Monitoreo, Evaluación y

Supervisión de la atención del aborto incompleto en el Hospital Goyeneche, usando documento “Plan de Monitoreo de Atención de Aborto Incompleto en el Hospital Goyeneche “ (anexo dos), aplicado al momento del alta, en hospitalización, por personal previamente entrenado, durante un año, con evaluación mensual con participación del personal, y que incluya las siguientes actividades:

- Aplicación de encuesta de calidad de atención, incluida en la presente investigación y validada por el MINSA en el 2002
- Supervisión de los ambientes de consultorio externo, verificando comodidad y protección contra el clima (Ficha 01).
- Realización de Aspiración Manual Endouterina, en el servicio de emergencia, para atención medica del aborto incompleto, a cargo del médico Residente en Ginecología y bajo responsabilidad de medico especialista de guardia (Ficha 02).
- Manejo interdisciplinario del aborto incompleto, con participación de psicólogo, asistente social, obstetriz y enfermera (Ficha 04 y 05).
- Constatar medico especialista permanente en emergencia e inicio de atención en consultorio externo a las 08.00 horas , priorizando urgencia



## **FICHA 01**

### **PLAN DE MONITOREO DE ATENCIÓN DEL ABORTO INCOMPLETO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ EN CONSULTORIO EXTERNO**

<b>Problema</b>	<b>Objetivo General</b>	<b>Objetivo Específico</b>	<b>Resultado General</b>	<b>Estrategia</b>	<b>Actividad</b>	<b>Indicador</b>	<b>Indicadores Estándar</b>	<b>Sistema de Información</b>	<b>Técnica de Observación</b>	<b>Cronograma I, II, III, IV</b>	<b>Responsable</b>
Atención de Aborto Incompleto	Mejora de Atención de Aborto Incompleto	Mejor Calidad de Consulta Externa	Mayor 80% aceptación	Satisfacción Usuario	Tiempo de espera  Opinión Usuaría	15` 30` 60`  Nivel de Satisfacción	70% 20% 10%	Encuesta  Encuesta	Entrevista  Entrevista		Enfermera

## **FICHA 02**

### **PLAN DE MONITOREO DE ATENCIÓN DEL ABORTO INCOMPLETO EN EL HOSPITAL GOYENECHE EN REALIZACIÓN DE ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA**

<b>Problem a</b>	<b>Objetivo General</b>	<b>Objetivo Específico</b>	<b>Resultado General</b>	<b>Estrategia</b>	<b>Actividad</b>	<b>Indicador</b>	<b>Indicadores Estándar</b>	<b>Sistema de Información</b>	<b>Técnica de Observación</b>	<b>Cronograma I, II, III, IV</b>	<b>Respons able</b>
Atención de Aborto Incompleto	Mejora de Atención de Aborto Incompleto	Aplicación de AMEU	100 % de aplicación	Verificación de Intervención	Constatar Informe Operatorio	Informe Operatorio	100% de Informes	Observación	Revisión de Documento		Médico Residente

### **FICHA 03**

#### **PLAN DE MONITOREO DE ATENCIÓN DEL ABORTO INCOMPLETO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ EN REALIZACIÓN DE ATENCIÓN INTERDISCIPLINARIA**

<b>Problema</b>	<b>Objetivo General</b>	<b>Objetivo Específico</b>	<b>Resultado General</b>	<b>Estrategia</b>	<b>Actividad</b>	<b>Indicador</b>	<b>Indicadores Estándar</b>	<b>Sistema de Información</b>	<b>Técnica de Observación</b>	<b>Cronograma I, II, III, IV</b>	<b>Responsable</b>
Atención de Aborto Incompleto	Mejora de Atención de Aborto Incompleto	Manejo Interdisciplinario	Mayor de 80 % de usuarias	Verificación de Intervención	Constatar Informe	Informe	80% de Atendidos	Observación	Revisión de Documento		Médico Interno de Medicina



**FICHA 04**

**MODELO DE MANEJO INTERDISCIPLINARIO EN ATENCIÓN DE  
ABORTO INCOMPLETO EN HOSPITAL GOYENECHÉ**

Nombre de Paciente.....

Fecha Ingreso.....

Fecha egreso.....

Diagnostico.....  
.....

Opinión de Psicólogo (a)

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello

Opinión de Servidora Social.

Situación personal y pareja.

Situación familiar

Situación social

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello

## **BIBLIOGRAFÍA BASICA**

1. Arca G. J. Mercadeo y servicios de salud. Maestría Gerencia en salud. UCSM 2003
2. Arroyo J. Salud: reforma silenciosa. UPCH. Facultad de Salud Publica y Administración. Lima. 2000
3. Bernedo J, Bellido P. Conocimientos y actitudes de profesionales médicos en tres hospitales de Arequipa acerca del aborto. Tesis de Bachiller en Medicina U.N.S.A. 1999.
4. Cerna P. Neil. Calidad de servicio expresado en la satisfacción del usuario externo e interno. Cajamarca Perú. 2002
5. Commanord G, Exiga A. Como fijar objetivos y evaluar resultados. Ed. Deusto SA UPC- El Comercio IV tomo . 2001
6. Cornejo S. La satisfacción de la usuaria y del personal de salud como indicadores de calidad en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital II Yanahuara ESSALUD. 2003
7. Cuarto curso de capacitación en acreditación para evaluadores del establecimientos de salud. 20al 25 de julio de 1998. Arequipa Perú
8. Curso de postgrado: Gestión y administración de servicios de salud CLAP. CMP. U.N.S.A. 2002
9. Curso de Post-Grado: Gerencia de la calidad. CLAP – CMP- U.N.S.A. 2002
10. Curso de postgrado. Motivación y liderazgo. CLAP. CMP. U.N.S.A. 2002
11. Drucker P. La nueva sociedad de organizaciones. Harvard Business Review . Sep 1994.
12. Estándar de equipos y materiales de los servicios de salud. Normas sobre niveles de complejidad de servicios y establecimientos MINSA. 1999
13. Fuentes M. Epidemiología. Maestría en gerencia en Salud. UCSM 2004
14. Gallardo A. La necesidad de sistemas de medición de desempeño en gerencia en salud. [www.gerenciasalud.com](http://www.gerenciasalud.com). Marzo 2003
15. Katz J, Miranda E . Reforma del sector salud, satisfacción del consumidor y contención de costos. Serie políticas sociales. CEPAL. 1994.

16. Cama R. Establecimiento de estándares de calidad para atención post aborto. Diálogo Vol 2. Nov. 1998.
17. Kottler P, Bloom P. Mercadeo de servicios profesionales. Serie empresarial Fondo Edit Leges. Colombia 1991.
18. Manual y guía de acreditación de establecimientos de salud. Comisión interinstitucional de acreditación de hospitales. Arequipa 2000
19. Otero J. ¿Dónde empieza la gerencia en salud. [www.gerencia](http://www.gerencia.salud) salud. Octubre 2002
20. Pajuelo P.R. Gerencia en salud II. Maestría en gerencia en salud UCSM. 2004.
21. Reunión final del proyecto de actualización de atención postaborto en Facultades de Medicina: evaluando experiencias y proyectando el trabajo futuro. Arequipa 2001
22. Rodríguez A. Gestión de hospitales Modulo Básico II. Gerencia central de recursos humanos. Gerencia de capacitación y desarrollo. ESSALUD 2001
23. Sallanueva J. La Gerencia Integral. Edit. Norma p: 1-6.
24. Seminario: Responsabilidad médica frente al manejo del aborto para reducir la mortalidad materna. Lima 1997
25. Vargas F. Economía y finanzas en salud. Maestría en Gerencia en Salud. UCSM 2004
26. Vela A. Evaluación y monitoreo de sistemas de salud. Maestría en Gerencia en Salud. UCSM. 2004





## ANEXOS

# **UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARÍA**

## **ESCUELA DE POST GRADO**

### **MAESTRIA DE GERENCIA EN SALUD**



## **DEMANDA Y OFERTA DE LA ATENCIÓN DEL ABORTO INCOMPLETO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ DE AREQUIPA 2005**

**TESIS PRESENTADA POR EL BACHILLER**

**Bellido Benavente Percy Pedro**

**Para optar el Grado Académico de Magíster de Gerencia en  
Salud**

**AREQUIPA 2008**

## I. PREÁMBULO

El aborto es un problema mundial, no solo de salud, sino que tiene implicancias sociales, económicas, culturales, políticas, éticas, morales, entre otras. Ha sido y es preocupación de los gobiernos; así en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing 1995, se mencionaba al respecto, “ las medidas que han de adoptar los gobiernos , en colaboración con organizaciones no gubernamentales y organizaciones de empleadores y trabajadores y con el respaldo de instituciones internacionales “

En la región de América Latina y el Caribe se estima que un 21% de las muertes maternas se deben a abortos en condiciones de riesgo, siendo la más alta a nivel mundial. En América del Sur se estima que el 24% de muertes maternas se deben a abortos en condiciones de riesgo, siendo la proporción subregional más alta de muertes maternas debidas a abortos en condiciones de riesgo en el mundo

La tasa de mortalidad materna en el Perú es una de las más altas de América Latina, y el aborto sigue siendo una causa importante no sólo de muerte materna, sino también de daños que afectan la salud de las mujeres peruanas. El aborto es ilegal en el país y se observa que va en incremento, aumentando la demanda en los servicios de salud, siendo su satisfacción muy variable dependiendo de las condiciones geográficas y económicas, entre otras.

La frecuencia es por aproximación, debido a que la mayoría de abortos son provocados y clandestinos, de los cuales, solo un tercio de ellos llegan a los hospitales ; de otro lado, la realidad actual, es que la mujer puede producirse el aborto , sin mayores complicaciones, usando misoprostol, un fármaco de venta indiscriminada ,en las farmacias, sin necesidad de receta.

Si bien las complicaciones médicas y quirúrgicas del aborto provocado, observadas en décadas pasadas, han disminuido, por la modalidad menos cruenta de producir el



aborto, los otros problemas ( sociales, económicos, etc) incluso se han incrementado. Los Hospitales ofertan atención médica, bajo un protocolo establecido, pero ignoran la problemática inherente a la demanda existente y la adecuada satisfacción de dicha demanda.

En Arequipa ,los hospitales del Ministerio de Salud , ESSALUD, Policía, Fuerzas Armadas y Clínicas particulares, si bien atienden a pacientes con aborto que soliciten atención, no ofertan un servicio específico, de atención de aborto o postaborto, ( a pesar de su alta morbi- mortalidad ) así, como se ofertan servicios de atención en Planificación Familiar, Psicoprofilaxis u otros .El “tratamiento medico” ofrecido a una paciente con aborto , y que consiste en suprimir la hemorragia y la infección o cualquier otra complicación, no alcanza a solucionar el problema que ocasionó el aborto , ni mucho menos a comprenderlo; la pregunta inicial es ¿la paciente tratada de aborto, queda satisfecha con la solución médica?

Es por ello que se ha juzgado pertinente la realización de la investigación:”DEMANDA Y OFERTA DE ATENCIÓN DEL ABORTO INCOMPLETO EN EL HOSPITAL GOYENECHE. AREQUIPA 2005. Se inicia con el término demanda, porque es la paciente quien solicita atención por aborto; no es el hospital el que oferta este servicio específico, a pesar de las sugerencias nacionales e internacionales para que así sea. Esta falta de iniciativa es la que cuestiona la calidad de atención a paciente con aborto.

## **II. PLANTEAMIENTO TEORICO**

### **1. El Problema de Investigación**

#### **Enunciado del Problema**

Demanda y oferta de atención del aborto incompleto en el Hospital Goyeneche de Arequipa 2005.

Descripción del problema

Area de conocimiento :

Campo: Ciencias de la Salud

Area: Gerencia en salud

Línea: oferta y demanda

Análisis y operacionalización de variables.

Variables Demanda de servicios de salud .

Oferta de servicios de salud

VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR
Demanda por Aborto incompleto	1.Pacientes con aborto	‘ Estado de salud al ingreso ‘ Nivel de complicación
	2.Demanda efectiva	. Motivo de aborto: personal, Familiar, social.  . Perfil epidemiológico
	3. Satisfacción de usuaria	 . Demanda satisfecha

Oferta por aborto incompleto	1. Modelo de atención	‘ Atención Médica.
	1.1. Recursos físicos	‘ Infraestructura Equipamiento
	1.2. Recursos humanos	‘ Número médicos . Número de enfermeras . Número de Técnicas auxiliares
	1.3 Organización y Funcionalidad	Procedimientos administrativos Tiempo de espera Tiempo de atención . Tiempo de hospitalización
	1.4.’ Costos 1.5 Paquete	Costo de Atención. Atención por Aborto.

#### Interrogantes de investigación

¿Cuáles son las características de la demanda de atención del aborto incompleto en el Hospital Goyeneche?

¿Cuáles son las características de la oferta de atención del aborto incompleto en el Hospital Goyeneche?

¿Cuál es la relación entre la demanda y la oferta de atención del aborto incompleto en el Hospital Goyeneche?

#### Tipo y nivel de investigación

Transversal. Problema Explicativo. Investigación de campo y documental.

#### Justificación

- Relevancia científica : aporte de nuevos conocimientos de atención de pacientes con aborto incompleto ,específicamente en la relación oferta



demanda, satisfacción de usuaria, determinación de costos reales. Son aspectos que no han sido estudiados en nuestra realidad y cuyo conocimiento mejorará la atención de estas pacientes, ofertando un servicio de acuerdo a las necesidades de la paciente.

- Relevancia humana. Se investiga un problema no solo medico, sino social, que afecta a las mujeres más pobres social, económica y culturalmente. Es una población marginada, incluso por el trato legal a que son sometidas, y que siguen expuestas a la recidiva, luego de la atención hospitalaria, porque en esta no se detecta ni se soluciona el problema desencadenante.
- Relevancia Contemporánea. Es una investigación que estudiará un servicio concreto para resolver problema actual. A pesar de un Programa Nacional de Planificación Familiar , que brinda servicios gratuitos en todos los hospitales del Ministerio de Salud, el problema del aborto incompleto no ha disminuido, como tampoco ha mejorado la oferta de atención que ofrecen dichos hospitales.
- Relevancia social. Todas las sociedades discuten el aborto como problema, pero en las sociedades del segundo mundo o países en desarrollo, y más aún en los pobres, este problema adquiere dimensiones preocupantes, que exigen un estudio de la oferta de servicios.
- Conveniencia. Esta investigación, permite conocer aspectos de la relación oferta demanda en atención del aborto, que servirá para mejorar la oferta y calidad de atención.
- Implicancias prácticas. Tiene implicaciones trascendentales en un problema cotidiano, persistente, que se presenta con nuevas características causales.
- Utilidad metodológica. Las conclusiones de la presente investigación permitirán sugerir cómo atender más adecuadamente la población de mujeres que requieren atención por aborto, porque se comprenderá como se ejecuta la relación oferta demanda.

- Valor teórico. Los conocimientos incluidos en las conclusiones, serán inicio de nuevas investigaciones en diversas áreas del conocimiento : medicina, psicología, derecho, ciencias sociales, administración, gerencia.

## 2. Marco conceptual

### 2.1.-Aborto

#### Definición

Etimológicamente aborto vine del término latín *abortus* y este a su vez del griego *ab* , partícula negativa y *ortus*, nacimiento; significa pérdida de la concepción antes de que sea viable, detención o desaparición de un proceso. La Organización Mundial de la Salud define aborto, como la terminación espontánea o natural y la inducida o provocada en un embarazo antes de la vigésima semana de gestación o cuando el feto pese menos de 500 g (3)

#### Causas del Aborto

- Factores fetales: alteraciones cromosómicas, defectos del huevo o embrión.
- Factores maternos: infecciones, enfermedades endocrinas, factores inmunológicos, traumatismos, anomalías uterinas, cirugías ginecológicas, tratamientos
- Lo anteriormente mencionado es un síntesis de las causas del aborto, que no las desarrollamos por no ser objetivo de la presente investigación. Sin embargo, hay que precisar que las causas mencionadas son las relacionadas al aborto en general y más orientadas al aborto espontáneo. Pero si discutimos las causas del aborto incompleto, las de orden medico son las menos y dominan las causas de origen social, económico, cultural, etc, todas ellas asociadas a la decisión de no continuar el embarazo e interrumpirlo lo antes

posible, situaciones estas, que hacen impredecible la demanda de este servicio de salud

### Tipos de aborto

- Espontáneos: producidos fundamentalmente por causas cromosómicas.
- Provocados: con intervención de mano ajena, y que son los más frecuentes.
- Estos dos tipos de aborto están referidos a la forma de terminar el embarazo, comentando que ,ambos condicionan en alta frecuencia el aborto incompleto, es decir la expulsión incompleta del contenido uterino, quedando retenidos cantidades variables de trofoblasto o partes fetales en otros casos, que obligan a solución medica pronta, pera evitar la hemorragia e infección que son las complicaciones más frecuentes. El problema, es que el aborto provocado ( que constituyen la mayoría de casos) por las condiciones en que se ha ejecutado,( en forma oculta, en contra de su voluntad etc) postergan la solución medica definitiva, lo cual es el condicionante de la morbi mortalidad materna. Así mismo, es necesario precisar, que la forma de provocar el aborto ha variado radicalmente desde la aparición del misoprostol, el cual provoca fuertes contracciones uterinas con eliminación de su contenido; cuando la decisión es precoz la retensión de restos es menor.

### Curso clínico

- Amenaza de aborto: sangrado genital sin llegar ala pérdida.
- Aborto inevitable: cuando el cuello uterino se abre y en los siguientes momentos se elimina el contenido uterino.
- Aborto incompleto; cuando eliminado el embrión o feto, quedan retenidos total o parcialmente los anexos ovulares o partes fetales o embrionarias
- Aborto completo: eliminación total del contenido uterino
- Aborto frustró; retensión de embrión muerto, por más de cuatro semanas



- Aborto habitual: tres o más abortos sucesivos.
- Aborto séptico: aborto incompleto , con infección de genitales internos , que puede avanzar a pelvis y todo el organismo.

### Complicaciones

- Hemorragia: producida por la retención parcial o total del contenido uterino ; esta complicación, en el momento actual, es la más frecuente, por la forma como se provoca el aborto, usando el misoprostol, que en dosis elevada disminuye las posibilidades de hemorragia uterina. Otra razón de la hemorragia es, por lesiones en genitales externos o internos, cuando el aborto es provocado con maniobras instrumentales por personas inexpertas o en condiciones inadecuadas; esta complicación es muy poco frecuente.
- Infección: generalmente de origen externo, y acompañante del aborto provocado instrumental, comprometiendo genitales internos y algunas veces con diseminación orgánica que lleva a la muerte
- Lesiones de genitales externos o internos, tipo desgarró, perforación, o lesiones de vísceras abdominales, presentes en abortos provocados instrumentales.
- Psicológicas: trauma permanente, sobre todo cuando el aborto es provocado

Respecto al aborto ,hemos participado de reuniones nacionales e internacionales sobre el tema. Resumen lo más importante:

### Frecuencia de aborto en el Perú

En el Perú se adolece de un sistema estadístico de salud confiable; la frecuencia de abortos se basan en datos hospitalarios, donde llegan solo los casos complicados. Basándose en mediciones desarrolladas por The Allan Gutmacher

Institute, se calcula que anualmente se producen no menos de 324,000 abortos; relacionada esta cifra con el de nacidos vivos se deduce que ocurren 46 abortos por cada 100 nacidos vivos (24)

Se conoce además que la tasa global de aborto es 1,7 abortos por mujer al final de su vida reproductiva, y que un 60% de embarazos son no deseados, terminando la mitad de ellos en abortos provocados.

### Repercusiones del aborto en la salud de la mujer

Las consecuencias del aborto provocado, se producen por las condiciones inadecuadas en que se produce; las consecuencias en la salud de la mujer son funestas, ocasionando lesiones orgánicas diversas, que van desde el dolor pélvico crónico, infertilidad secundaria, menopausia quirúrgica e incluso la muerte. No debemos olvidar que también existen otros efectos, no siempre valorados en su exacta dimensión por los médicos, como son las repercusiones psicológicas negativas, sentimientos de culpa y disminución de la autoestima; esta es una de las complicaciones más importantes que se presentan en todas las pacientes con aborto incompleto, especialmente el provocado, y la cual no tiene, ni seguimiento, ni tratamiento de especialidad, lo cual es un grave daño en la salud de la mujer. ( Pachacamac, Lima, Perú 7- 8 julio de 1997 )

### Satisfacción de la usuaria

En la Reunión Final del Proyecto de Actualización en Atención Postaborto en Facultades de Medicina. 2001, se mencionaba: El aborto es ilegal en el país, sin embargo es una realidad. El número de embarazos no deseados que culminan en aborto esta incrementando. Este hecho real genera una demanda creciente hacia los servicios de salud. Si bien esta demanda existe en todo el país, la disponibilidad y calidad de la oferta de servicios de atención postaborto, varía

según la geografía del país. En muchas partes de nuestro territorio no existen servicios de atención postaborto, y si existen , su calidad de respuesta y su calidad de atención no es la más adecuada.(21)

Existen muchas razones para que exista este déficit en la oferta y calidad de los servicios de atención postaborto. Una de las principales es la falta de información y/o desinformación sobre la necesidad de servicios de atención postaborto.. Otras causa importante es la falta de prioridad programática asignada al tema por el sector salud, debido principalmente al estigma que rodea al aborto

Para mejorar lo anteriormente mencionado, es importante establecer estándares de calidad para la atención del postaborto, lo cual se ha discutido en la década pasada. Al respecto el Dr Khama Rogo ( 16 ) manifiesta que son directrices operativas que le permiten al personal de salud planear, administrar ,prestar y monitorear los servicios a un nivel constante de calidad. Permiten un marco conceptual para formular una política sobre al aborto

## **2.2.- Demanda por aborto**

### **Definición**

Cantidades de un bien o servicio que un consumidor puede o esta dispuesto a adquirir. En el ámbito sanitario y como criterio de asignación de recursos representa la expresión de preferencias de los individuos en forma a su disposición a pagar a cambio de recibir servicios sanitarios y satisfacer así su utilidad individual a través de sistemas de mercado.



Factores que regulan la demanda:

- percepción que las personas tengan de sus necesidades de salud.
- Seguridad del usuario que gasto en salud brindará beneficios mayores que la “inversión”
- El precio del bien o servicio
- El precio de otros bienes complementarios
- La renta: flujo de beneficios que recibe un individuo
- Los gustos o hábitos de los individuos.

Leyes de la demanda.

Cuando baja el precio aumenta la demanda. Esta ley tiene tres excepciones:

- Efecto especulación: la demanda de valores mobiliarios aumenta cuando incrementa el precio, por la creencia que seguirá subiendo.
- La demanda de objetos de lujo aumenta cuando incrementa el precio, por la creencia de status.
- Efecto Giffen: la demanda de productos de primera necesidad, crece cuando aumenta el precio .

Tipos de demanda.

1. Demanda total: cuando instituciones se encuentran complacidas con la cantidad de trabajo , en relación a su capacidad de producción y nivel de instalación. Para mantenerla debe medirse el grado de satisfacción del cliente.
2. Demanda potencial: aquella ante la cual un número significativo de clientes pueden desear algo que no pueden satisfacer por ninguna oferta existente .Es la diferencia entre las necesidades justificadas ( y percibidas por el pacientes) y las explícitamente manifestadas ( aunque no lleguen a ser objeto de atención) ante los proveedores de atención sanitaria.

3. Demanda negativa: cuando la mayor parte del mercado le disgusta la oferta existente de determinado servicio y hasta puede pagar un precio por evitarla.
4. Demanda Irregular: La que varía según estación climática, el día, la hora.
5. Demanda aleatoria o impredecible: en cuanto volumen , lugar, y tiempo en que será formulada, vinculada a la incertidumbre por el proceso de enfermar lo que dificulta planeación del gasto.
6. Demanda imprevista: inesperada o desplazada originada por grupos de clientes que no se había previsto.
7. Demanda excesiva: cuando es mayor a la que puede manejar la institución; lleva la deterioro de la calidad.
8. Demanda expresada: la que se ejecuta de forma explícita por parte de una población; puede ser por diferencia entre percepción de paciente y necesidades definidas por profesionales
9. Demanda decreciente :cuando las personas se desinteresan por el consumo de ciertos servicios. Se revierte con manejo creativo de oferta.
10. Demanda inexistente: cuando los clientes están desinteresados de oferta.
11. Demanda derivada: la que se presenta en productos intermedios que intervienen en el proceso de prestación de otros mas complejos.
12. Demanda inducida por la oferta : es sobredemanda inducida por la oferta con información indebida o insuficiente.
13. Demanda justificada: aquella en que los expertos médicos están de acuerdo en su existencia.
14. Demanda opcional: cuando en el mercado los servicios sanitarios se comportan como si la demanda fuera superior a realmente producida; se trata de garantizar acceso en caso de necesidad.
15. Demanda desalentada: creada por instituciones para disminuir servicios de manera temporal o definitiva.(2,17)
16. La Norma Técnica 021-MINSA/DGSP V.01 del 2005 menciona que la demanda es la expresión ( sentida o no ) de las necesidades de salud de una población, de acuerdo al Modelo Integral de Salud. La demanda puede ser

espontánea , cuando surge a partir de necesidades percibidas, o cuando resulta de necesidades no necesariamente percibidas por la población. La demanda cuantitativa está referida al volumen de la misma y la demanda cualitativa está referida a las necesidades de salud que motivaron la demanda por servicios de salud ( diagnóstico) y la severidad de esas necesidades.

La economía en salud estudia temas como :

- la demanda de salud : autoconsumo, información, capital humano, la salud como bien público.
- La producción de salud: oferta de servicios de salud.
- La determinación del precio de la salud.
- Los sistemas sanitarios: infraestructura y políticas públicas
- La gestión de empresas y organizaciones proveedoras de bienes y servicios de salud.

Los Mercados de Salud y sus peculiaridades.

El estudio de la demanda implica analizar el mercado de salud y sus peculiaridades . Es la imperfecta información que posee el usuario frente al proveedor y la capacidad del proveedor para determinar su propia demanda; la priorización absoluta de la salud por encima de todas necesidades; el desarrollo de mecanismos de financiamiento de un “tercero pagador” entre otras. Todo ello obstaculiza la conducta de las personas como consumidores concientes de las limitaciones de recursos (25)

La satisfacción del consumidor.

Es la utilidad que todas personas perciben en la atención de la salud que reciben, su calidad técnica, la humanidad del trato (calidez), confort en las instalaciones y



las facilidades que tienen de acceder a ellas. Ello se refiere fundamentalmente a las características y la calidad de atención y no a la cantidad. (15)

### **2.3.- Oferta por aborto**

#### **Definición**

Oferta es la cantidad de servicios que un cierto número de oferentes, están dispuestos a poner en consideración del mercado a un precio determinado. En salud la oferta consiste en la capacidad de producir actividades en los servicios de salud y se mide a través de indicadores de cantidad y calidad (14,19,21)

#### **Análisis de la oferta**

La oferta en los establecimientos de salud depende de(4,6) :

- Recursos humanos
- Equipamiento y tecnología
- Infraestructura física
- Insumos utilizados.
- Organización y administración institucional
- Cartera de servicios

Así mismo, la estructura y organización de los servicios de salud, deben estar al servicio de las necesidades del usuario, y al ejemplo de los países del primer mundo, debe efectuarse renovación permanente , llegando a una renovación total cada periodo programado.(18)

Según la Norma Técnica 021 MINSA/ DGSP V.01 2005 la oferta de los servicios de salud está constituida por los recursos humanos, de infraestructura,

equipamiento, tecnológicos y financieros, que organizados adecuadamente deben de solucionar las necesidades de salud de la población. Tiene dos elementos a) la capacidad resolutive cuantitativa ( cantidad de servicios suficientes) y cualitativa ( servicios especializados) y b) estructura en términos de tamaño y nivel tecnológico

#### Modelos de Atención de salud.

- a) Modelo Público Unificado: en que el estado financia y suministra servicios directamente a través de un sistema único integrado verticalmente; hay ausencia de competencia.
- b) Modelo privado atomizado:: con participación de los seguros privados, con dos variantes a) modalidad de mercado libre y b) modalidad corporatista
- c) El modelo de contrato público: con una creciente participación privada en la prestación de servicios.
- d) El modelo segmentado: es un sistema de integración vertical con agregación horizontal

Katz y Miranda ( 12) distinguen analíticamente cuatro escenarios “tipo” de organización sectorial atendiendo a la naturaleza del modelo prestacional y al modelo de financiamiento y gestión de recursos empleados en el sector salud. Ellos son:

- Tipo I: el financiamiento de la provisión de los servicios de salud es enteramente público.
- Tipo II: Las fuentes de financiamiento de los servicios de salud continúan proviniendo de la recaudación fiscal- del gobierno central, estados o provincias y municipios- y contribuciones obligatorias del trabajo público o privado.
- Tipo III : las fuentes de financiamiento son privadas y también “ paraestatales”

- Tipo IV: en este caso, el financiamiento y gestión privada se da a través de la prestación privada de los servicios aunque se mantiene un sector proveedor público con diversa importancia.

La Magíster Rossana Pajuelo Ponce ( 20) propone el sentido del modelo de gerencia observados en las unidades prestadoras de salud, como regresivo o progresivo, estableciendo las diferencias entre ambos. Interesa resaltar su propuesta del modelo progresivo que contiene:

- Flujo de recursos: de los solventes a los insolventes, y hacia una salud colectiva.
- Relación entre prestador y usuario: de sujeto a sujeto.
- Poder de decisión: descentralizado.
- Procesos de trabajo: todos piensan, todos hacen, es integrado.
- Proceso productivo: orientación a los resultados, liderazgo de la calidad, calidad centrada en la satisfacción.

Propone así mismo, las características de la “ nueva gestión de la salud” , reconociendo a los sistemas de salud como empresas productoras de salud que requieren de una gerencia adecuada y de un manejo empresarial para lograr los objetivos con eficacia, eficiencia, calidad y equidad, para lo cual es fundamental pasar de los objetivos implícitos a los empresariales. En tal sentido, la gerencia moderna debe estar centrada en el consumidor, el director es suministrador de poder, el empleado es cliente, hay comportamiento proactivo, hay experimentación y riesgo, existe trabajo integral de grupo, se crea optimismo, existe horizonte estratégico, hay control de gestión y calidad.

Lo anteriormente mencionado está complementado con el concepto de la nueva sociedad de organizaciones propuesto por Drucker (11) donde resalta la sociedad del conocimiento, que se torna productiva cuando se asocia a una actividad, ya que la sociedad del conocimiento es una sociedad de organización



y esta debe estar preparada para el cambio constante, para abandonar lo que se hace, estar creándose de nuevo a través de un mejoramiento continuo e innovando.

Debemos tener en cuenta además, a las instituciones como fuerza social (26) capaz de generar movimientos sociales, porque posee recursos de poder y una visión. El “actor social” tiene capacidad efectiva de intervención en los procesos, con una visión compartida. Esto es justamente lo que necesitamos en los servicios de salud, la orientación al consumidor, identificando los grupos homogéneos de consumidores ( segmento de mercado) a través de una investigación de mercado, empleando estudios psicográficos, que se basan en perfiles psicológicos de preferencias, motivaciones, gustos, entre otros.

#### Organización de los Servicios de Salud

José María Cuaron dijo : “Organizar Es conducir las actividades de todos los individuos que forman parte de una empresa, para el mejor aprovechamiento de los elementos materiales, económicos, y humanos en la realización de los fines que la propia empresa persigue. Organización es un conjunto de individuos que trabajan juntos en una forma estructurada para lograr objetivos específicos. (8)

En países con pobreza, como el nuestro el organizar los servicios de salud tienen problemas. Si bien en Latinoamérica hay preocupación por salud y educación tratando de mejorar la eficacia, sin embargo hay demora en los procesos de democratización y modernización. Se conoce que los servicios sociales de la región son demasiado importantes para fracasar, pero demasiados ineficientes para ser exitosos, y el principal instrumento de políticas disponible para mejorar la eficiencia es el cambio en la forma en que se organizan los servicios de salud. Esto significa solucionar la burocratización, caminar hacia la eficiencia, romper las brechas existentes (5). Un ejemplo es el de Chile que ha

logrado la descentralización, oferta de salud financiada con recursos fiscales ,en caso de atención a indigentes; sistema de salud público con financiamiento mixto a través de seguros, y seguro de salud obligatorio, son algunos logros que demuestran el avance .

La organización adecuada de los servicios de salud exige considerar los derechos de usuarios ( demanda) y los recursos humanos entre otros. Los derechos de los usuarios tiene que ver con la bioética, es decir, el estudio de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y de los cuidados de la salud, todo ello a la luz de valores y principios morales. Es importante en la oferta de salud, ejercer el consentimiento informado y tener en cuenta la vulnerabilidad del consumidor ( demanda) (9). Respecto al recurso humano, es el principal activo de toda organización y el capital más importante para la competitividad. La piedra angular del desarrollo organizacional es el factor humano. Los recursos humanos con sus conocimientos, experiencias, y actitudes, contribuirán decididamente, a que las organizaciones logren altos niveles de calidad en sus servicios. ( 10)

En lo anterior el papel de la epidemiología es muy importante, porque busca las relaciones entre: las condiciones de salud de las poblaciones, las características de los individuos que las forman, el entorno natural y social en el que se desenvuelven.. Describe y explica la dinámica de la salud poblacional, identifica los elementos que la componen, comprende las fuerzas que las gobiernan, a fin de intervenir en el curso del desarrollo de la enfermedad. El método epidemiológico consiste en la observación de las asociaciones regularmente establecidas entre determinadas condiciones poblacionales y su comparación con el curso de los eventos de salud.(13)

Para conducir una institución que brinde servicios de salud adecuados, es necesario la presencia de un gerente integral (23), es decir aquel que maneje los

tres ejes de la gerencia integral: estrategia, organización y cultura. Además debe manejar la estructura formal ( organización, objetivos, sistemas de información, decisión, incentivos...) y la estructura informal ( relación de poderes, expectativas mutuas, interacción de componentes). Para lograr todo esto el gerente integral debe:

- saber: conocimiento de ciencias administrativas
- entender: tener visión global de la acción empresarial.
- Habilidades: en la comunicación y la negociación

#### Servicio de Salud.

Conjunto de procedimientos destinados a transformar el financiamiento, infraestructura y equipos, personal calificado, conocimiento organizado en Actos Médicos destinados a reducir al mínimo posible los efectos de la enfermedad y mantener la cantidad de vida prefijada (1)

Para las empresas públicas se tratará de lograr la máxima cantidad posible de actos médicos por unidad monetaria invertida; mientras que , en la empresa privada se tratará de lograr la máxima cantidad posible de Actos Médicos de calidad que garantice el retorno por unidad monetaria invertida.

Entenderemos por servicios a todas “aquellas actividades identificables, intangibles, que son el objeto principal de una operación que se concibe para proporcionar la satisfacción de necesidades de los consumidores”

Otra definición similar es la que plantea que “servicio es todo acto o función que una parte puede ofrecer a otra, que es esencialmente intangible y no da como resultado una propiedad .Su producción puede o no vincularse a un producto físico.”



### Características de los servicios.

- Intangibilidad: con frecuencia no es posible gustar, sentir, ver , oír, oler los servicios antes de comprarlos. Se pueden buscar de antemano opiniones, actitudes; una compra repetida puede descansar en experiencias previas, al cliente se le puede dar algo tangible para representar el servicio, pero a la larga la compra de un servicio es la adquisición de algo intangible. De esto se deduce que la intangibilidad es la característica definitiva que distingue producto de servicio.
- Inseparabilidad: no pueden separarse de la persona del vendedor. Una consecuencia es que un servicio puede ocurrir al mismo tiempo que su consumo, ya sea este parcial o total. Los servicios primero se venden y luego se producen y consumen por lo general al mismo tiempo. El personal de producción del servicio, en muchos casos, es el que vende y/o interactúa más directamente con el cliente o usuario mientras este hace del servicio.
- Heterogeneidad: Con frecuencia es difícil lograr estandarización en la producción de los servicios, debido a que cada “unidad”, prestación de servicio, puede ser diferente de otras “unidades”. Además no es fácil asegurar un mismo nivel de producción, desde el punto de vista de la calidad. Así mismo desde el punto de vista de los clientes también es difícil juzgar la calidad con anterioridad a la compra.
- Perecibilidad: Los servicios son susceptible de perecer y no pueden almacenarse. Por otra parte , para algunos servicios una demanda fluctuante puede agravar las características de perecibilidad del servicio. También hay que prestar atención a las épocas de bajos niveles de uso, a la capacidad de reserva o a la opción de políticas a corto plazo que equilibren las fluctuaciones de la demanda.
- Propiedad: la falta de propiedad es una diferencia básica entre una industria de servicios y una industria de productos, porque un cliente solamente puede

tener acceso a utilizar un servicio determinado. El pago se hace por el uso, acceso o arriendo de determinados elementos.

### Acreditación de Servicios de Salud

Ha sido una excelente iniciativa la Acreditación de los Servicios de Salud, porque el objetivo es mejorar la oferta de servicios de salud.(7)

Son requisitos para la Acreditación: un tiempo de funcionamiento mayor de un año, haber realizado la autoevaluación, operatividad durante 24 horas, tener equipos de profesionales debidamente habilitados que garanticen continuidad de la atención, cumplir con el manual.

La gran ventaja de la Acreditación, es que evalúa todos los servicios y que están consignados en el manual de acreditación, es decir, no hay servicio que quede sin ser evaluado. Así mismo evalúa dos grandes áreas: a) administración, recursos humanos, normas y resultados, y b) infraestructura y equipamiento básico.

### Calidad

Habiendo discutido las implicancias de la oferta y la demanda, siendo indispensable que esa relación se efectúe con calidad para el usuario, es necesario hacer algunas precisiones sobre calidad .Exponemos lo propuesto por la Magíster Pajuelo Rossana ( 20)

Cualquier definición de calidad , incluye los siguientes aspectos:

- logros de metas o estándares predeterminados.
- Incluir los requerimientos de los clientes en la determinación de metas.
- Considerar la disponibilidad de recursos en la fijación de metas.

- Reconocer que siempre hay aspectos por mejorar, que obliga a revisión de metas.

Calidad en salud: no significa atención exclusiva o sofisticada, pero sí está relacionada con la satisfacción total de necesidades de aquellos que más necesitan el servicio, al menor costo de la organización y dentro de los límites fijados por las autoridades superiores.. En esta definición se encuentran tres conceptos: equidad, eficiencia y desarrollo de actividades. Esto determina que la calidad sea muy importante en salud, lo que permitirá:

- Estándares superiores
- Mayor satisfacción de los usuarios
- Criterios para valorar los resultados.
- Mejores relaciones entre los trabajadores, pacientes y comunidades.
- Mejor y mayor utilización de las instituciones de salud.
- Mayor financiamiento.
- Mayor satisfacción de los trabajadores de salud.

La calidad beneficia a la comunidad, los pacientes, los trabajadores, las instituciones. Y todos debemos estar comprometidos con la calidad.

### 3. Antecedentes investigativos

- Tamayo Murillo Cecilia . “Oferta y demanda de servicios de salud 1995 – 1998, proyectada al año 2002. Hospital II Yanahuara. IPSS. Arequipa”. Resumen: Es un estudio descriptivo asociativo en el cual se recopilan datos administrativos , para estudiar la oferta y demanda de los servicios de salud, del Hospital de Yanahuara, cuando este tenía el nivel II y pertenecía la Instituto Peruano de Seguridad Social, durante los años 1995 a 1998 en proyección al año 2002.Se encuentra que durante los años de estudio el comportamiento de la oferta fue ascendente, se incrementó la capacidad de



atención ambulatoria y el número de camas, así como los recursos humanos y el gasto en salud; la curva se presenta con tendencia ascendente. En cuanto a la demanda, esta se presenta lineal y ascendente que justamente guarda relación con el incremento de atenciones y del uso de servicios. Con excepción de consulta externa que desciende al año 2002, la demanda potencial 1 constituye el 14.7 % y la demanda potencial 2, el 22.2 %, y la demanda observada el 57.6 %. La disponibilidad, la productividad y el rendimiento mejoraron de año en año, con excepción de la productividad en consultorio externo y el rendimiento medico en emergencia que disminuyeron. Para el año 2002 la curva de proyección de la oferta estará en relación con la demanda en todos los servicios excepto en consulta externa. Existirá una demanda proyectada insatisfecha del 34.8 % para el año 2002.

- Gutierrez Morales Javier. “Oferta y demanda en Servicio de Pediatría Hospital II Yanahuara ESSALUD. Arequipa 2000 – 2002”. Resumen. Se trata de una recopilación documental descriptiva de datos administrativos y estadísticos en los que se evalúa la oferta y demanda, así como la relación entre ambas en el Servicio de Pediatría del Hospital II Yanahuara de ESSALUD en el periodo 2000 2002. Se encontró que la calidad técnica de la oferta es adecuada según los estándares de acreditación . En cambio, la utilización, rendimiento y productividad son bajos, tanto a nivel de recurso médico como de las camas, siendo este último realmente grave. En la demanda se observa que la población con más riesgo de enfermarse y hospitalizarse es la menor de un año, siendo la población con menor adscripción. La demanda efectiva es menor que la potencial en consulta externa, como consecuencia de la demanda encubierta que es alta. Existe un nivel de oferta que excede a la demanda efectiva general. No hay relación entre la demanda efectiva en emergencia y la de consulta externa necesariamente, ya que al aumentar el número de consultas médicas en consultorios externos no producen menor demanda en emergencia, sino todo lo contrario

- Rafael A, Beltrán A, Cartrillo C. “Modernización del financiamiento de salud”, analiza la situación de la demanda de los servicios de salud en el Perú; además estudiaron la conducta de las personas en relación a su salud, porque eligen determinados servicios; proponen criterios de focalización.
- Alarcón Villaverde J. “Perú: el perfil epidemiológico en un contexto de demanda reprimida de servicios de salud”. Frente a una demanda insatisfechas plantean las herramientas pertinentes; también efectúan un perfil epidemiológico, destacando que los problemas de salud son de un país pobre.

#### **4. Objetivos**

- 4.1 Determinar las características de la demanda de la atención del aborto incompleto en el Hospital Goyeneche.
- 4.2 Precisar las características de la oferta de la atención del aborto incompleto en el Hospital Goyeneche.
- 4.3 Relacionar la demanda y la oferta de la atención del aborto incompleto en el Hospital Goyeneche.

#### **5. Hipotesis**

Dado que la Salud Reproductiva significa un equilibrio con su entorno ecológico, político y social, para un desarrollo sostenido y sustentable, cuya ruptura ocasiona morbi-mortalidad materna, la cual se ve incrementada por situaciones imprevistas como el aborto; y quien padece esta situación vive una problemática compleja, no solo medica sino social, y acuden a los hospitales, para ser atendidas, solo cuando tienen complicaciones, tales como hemorragia o infección:

Es probable que, en el Hospital Goyeneche de Arequipa, la relación demanda oferta resulte insatisfactoria para la paciente con aborto incompleto

### III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.

#### 1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación.

VARIABLE	INDICADOR	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Demanda Por aborto incompleto	1. Pacientes con aborto incompleto	‘ Observación documental	‘ Ficha de datos 1
	2. Causas del aborto	‘ Observación documental	‘ Ficha de datos 1
	<u>3 Demanda efectiva</u>	. Observación documental	. Ficha de recolección de datos 2
	<u>4 Satisfacción de Usuaría</u>	. Entrevista	. Encuesta
Oferta Por aborto incompleto	1 Modelo de atención	‘ Observación documental	‘ Lista de cotejo 1
	2 Recursos físicos	‘ Observación documental	. Lista de cotejo 1
	3 Recursos Humanos	‘ Observación documental	. Lista de cotejo 2
	4 Funcionalidad	. Observación documental	. Lista de cotejo 3
	5. Costos	. Observación documental	. Lista de cotejo 4
	6. Paquete	. Observación documental	. Lista de cotejo 4



## FICHA DE DATOS 1

Código Estado civil S- C- Conv- V-  
D.

Edad Religión

Domicilio Instrucción: 0 1ra 2ra

Sup.

Ocupación: s/c estud. Emp. Hogar Otra.....

Síntomas de ingreso :

- Sangrado
- Dolor
- Fiebre
- Otros.....

Signos de ingreso

- Sangrado: Abund. Reg. Esc.
- Cuello Uterino: abierto cerrado.
- Cuerpo Uterino:
- Complicaciones.....

Situación socioeconómica: baja media alta

Vive con.....

Antecedentes : FUM ..... Paridad..... PF.....

Patológicos.....

Familiares: Pareja: edad..... ocupación..... Instrucción.....

Complicación: Local: vagina , cuello- útero - anexos

General: Shock hipovolémico , septicémico

Infección loca ( útero- trompas- pelvis) General

Causa probable de aborto.....

Comentario de Paciente.....

Causa medica del aborto.....

Estado de la paciente al momento del alta : curada - mejorada - otra.....



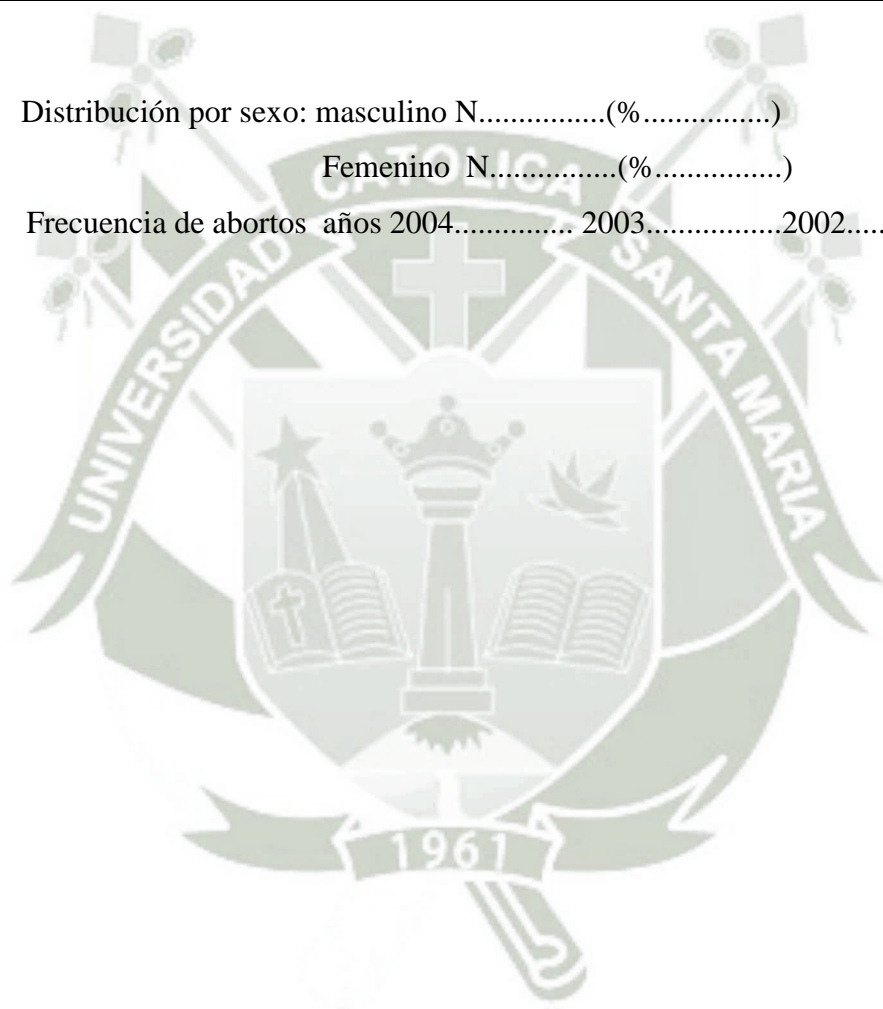
## FICHA DE DATOS 2

### CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION DE LA PROVINCIA DE AREQUIPA

- Estructura por grupos de edad ,

Edad	10- 19	10- 19	30- 39	40 - 490	50- 59	Más 60
Número						
Porcentaje						

- Distribución por sexo: masculino N.....(%.....)  
Femenino N.....(%.....)
- Frecuencia de abortos años 2004..... 2003.....2002.....





## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIA

Edad.....Instrucción.....Ocupación.....

Domicilio.....Distrito.....

¿Por qué vino a este hospital?

Esta cerca ..... Es barato.....Buena atención.....No tiene seguro.....

Otra razón.....

1 ¿Durante su permanencia en el hospital, como la trataron?

Bien..... Mal..... NO opina.....

2.- ¿El personal le brindo confianza para expresar su problema?

Si..... No..... No opina.....No aplica.....

¿Considera que durante la consulta medica le hicieron un buen examen?

Si..... No..... No opina.....No aplica.....

¿El personal que la atendió le explicó sobre el axamen que le iba a realizar?

Si..... No..... No opina.....No aplica.....

¿El personal que la atendió le explicó con palabras fáciles de entender cual es su problema?

Si..... No..... No opina.....No aplica.....

¿Le dieron indicaciones escritas , claras en una receta?

Si..... No..... No opina.....No aplica.....

¿ El personal que la atendió le explicó los cuidados a seguir en casa?

Si..... No..... No opina.....No aplica.....

¿Las tarifas pagadas por su atención, están a su alcance?

Si..... No..... No opina.....

¿El personal que la atendió respeta sus creencias, en relación a su enfermedad?

Si..... No..... No opina.....

¿El horario de atención le parece conveniente?

Si..... No..... No opina.....

Si su respuesta es no, que horario prefiere?.....

11. ¿El tiempo que Ud esperó para ser atendida fue:

Mucho..... adecuado.....poco.....no opina.....

12. ¿Le parecieron cómodos los ambientes del establecimiento?

Si..... No..... No opina.....

13. ¿El establecimiento se encuentra limpio?

Si..... No..... No opina.....

14. ¿Durante la consulta se respetó su privacidad?

Si..... No..... No opina.....No aplica.....

15. ¿En términos generales, ¿Ud. siente que le resolvieron el problema motivo de atención?

Si..... No..... No opina.....

16 ¿En términos generales, ¿Ud. Se siente satisfecha con la atención recibida?

Si..... No..... No opina.....

Porque?.....

.....

Esta encuesta es validada por el Ministerio de salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Servicios de salud. Dirección de Garantía de Calidad y Acreditación. Lima Perú . Agosto del 2002.





## LISTA DE COTEJO 1

### FICHA DEL HOSPITAL GOYENECHE , DEPARTAMENTO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA Y CENTRO QUIRURGICO

- Tipo de establecimiento, año de construcción, superficie construida.
- Propiedad o titularidad, modalidad de gestión
- Tipo de financiación
- Nivel asistencial.
- Modalidad de atención, ambulatoria, hospitalaria.
- Area de Influencia y tamaño de población

### INFRAESTRUCTURA

- Terreno
- Construcción, edificio, uso, antigüedad, instalaciones, tipo de estructura, tabiquería, techumbres, pisos y otros
- Funcionalidad. Ubicación de cada área, flujos internos, cruces de circulación entre pacientes y personal.

### EQUIPAMIENTO

- Censo de parque de equipos de acuerdo a sus características relevantes.
- Número de años de vida remanente que tiene un equipo.
- Estado de funcionamiento.
- Equipos médicos, industriales, vehículos.
- Areas: Ginecología. Centro quirúrgico, banco de sangre, esterilización, laboratorio,

## LISTA DE COTEJO 2

### Servicio de Ginecología

	Turno de mañana	Turno de tarde	Turno de noche
Medicos			
Enfermeras			
Técnicas auxiliares			

### Centro Quirúrgico

	Turno de mañana	Turno de tarde	Turno de noche
Médicos			
Enfermeras			
Técnicas auxiliares			

### Laboratorio

	Turno de mañana	Turno de tarde	Turno de noche
Médicos			
Enfermeras			
Técnicas auxiliares			

### LISTA DE COTEJO 3

#### Ingreso por emergencia

- Tiempo de espera.....minutos
- Tiempo de atención.....minutos
- Exámenes auxiliares.....minutos

#### Ingreso por consultorio externo

- Tiempo para trámites .....minutos
- Tiempo de espera para atención .....minutos
- Tiempo de atención médica.....minutos

#### Hospitalización

- Tiempo de preparación pre operatoria.....minutos
- Tiempo operatorio.....minutos
- Tiempo postoperatorio.....minutos
- Tiempo de trámites de alta.....minutos
- Tiempo de hospitalización.....horas



### LISTA DE COTEJO 4

Costos directos: aborto no complicado por LIU

Insumos	Unidades	Costo unitario	Costo total
Dextrosa SS	1		
Equipo venoclisis	1		
Abocath 21	1		
Guantes	2		
Quirúrgicos	1		
Diazepan amp.	1		
Atropina 0.5	1		
Jeringa desc. 5 cc	1		
Yodopovidona 60	1		
cc	1		
Ketalar dosis 2.cc	1		
Toallas higiénicas			
Papel higiénico			
Otros			
Total			

Costos directos: aborto no complicado por AMEU

	Unidades	Costo Unitario	Costo Total
Guantes quirúrgicos	2		
Diazepan amp	1		
Atropina 05	1		
Xilocayne 2% fco.	1		

Jeringa desc. 5 cc	1		
Yodopovidona 60 cc	1		
Toallas higiénicas	1		
Papel higiénico	1		
Otros			

Costo final

	LIU	AMEU
Insumos		
Hospitalización		
Sala de operaciones		
Total		

## 2. Campo de Verificación.

Ubicación espacial.

La presente investigación se ha efectuado en el Hospital Goyeneche de Arequipa, ciudad situada al Sur del Perú, a 2300 metros s.n.m., con algo mas de un millón de habitantes, de predominio urbano, raza mestiza, siendo el clima templado, con variaciones climáticas estacionales no muy marcadas ; su población es, en su mayoría católica y con tendencia a tradiciones conservadoras.

El Hospital Goyeneche está calificado como nivel III, siendo el más antiguo de la ciudad, con 90 años de existencia, con diseño arquitectónico de tipo horizontal de estilo gótico. Tiene un área de 46,473 mt<sup>2</sup>, de los cuales 14,857 son área construida preferentemente de sillar, siendo sus paredes de 1.5 mts de ancho; su

implementación es antigua, siendo la renovación de equipos y mobiliario muy lenta. Actualmente se dispone de 250 camas hospitalarias, distribuidas en Departamentos Médicos de Medicina General, Cirugía General, Pediatría, Oncología y Radioterapia, Departamento de Ginecología y Obstetricia, que en su servicio de Ginecología dispone de 14 camas, las que son utilizadas, entre otras, para atención del aborto. Dispone además de servicios de apoyo como Laboratorio, Patología, Odontología, Servicio Social, Relaciones Públicas, y administrativos.

Durante el año precedente se han efectuado en el Hospital Goyeneche 47,118 atenciones, de las cuales 20,084 fueron en consulta externa, y 9127 hospitalizaciones

Ubicación temporal

La investigación se efectuará desde julio del 2004 a julio del 2005

Unidades de estudio

Se conoce que entre los años 2002 a 2004 se han atendido 547, 605 y 482 pacientes con aborto respectivamente. De las pacientes que padecen de aborto y que acuden al Hospital Goyeneche, para su atención médica, se aplicará la encuesta de satisfacción de usuaria, en una muestra de ellas, considerando lo siguiente

- Universo : Pacientes atendidas por aborto incompleto, y que constituyen el 8% de la población de hospitalizadas durante un año
- Muestra: para efectuar encuesta de satisfacción de usuaria, se tomará una muestra de pacientes con aborto, que se calculará con de tablas de



Arkin y Colton. Se calcula la atención de 800 abortos anuales, y considerando un margen de confianza al 99.9 % , con un margen de error de 3%, el tamaño muestral calculado es :

La muestra calculada para 1000 es 563

La muestra calculada para 500 es 474

La muestra para 800 es X

Establecemos tres diferencias 1)  $1000 - 500 = 500$  2)  $563 - 474 = 89$  3)  $800 - 500 = 300$

Planteamos regla de tres :  $500 \text{ ---- } 89$

$300 \text{ ---- } X \quad X = 53 \text{ ( 53 pacientes)}$

Esta cifra es el número mínimo, pero se ha determinado .elegir una muestra de 60 pacientes, para asegurar el cumplimiento del total de la muestra

### 3. Estrategia de recolección de datos

#### Organización

- Revisión de fuentes de estudio : se efectuarán en los Departamentos de Ginecología y Obstetricia, Estadística, Anatomía Patológica
- Revisión de Observación documental: en las historias clínicas del Servicio de Ginecología, cruzando datos con Emergencia y Servicio Social
- Encuesta a usuarias al momento del alta

#### Recursos

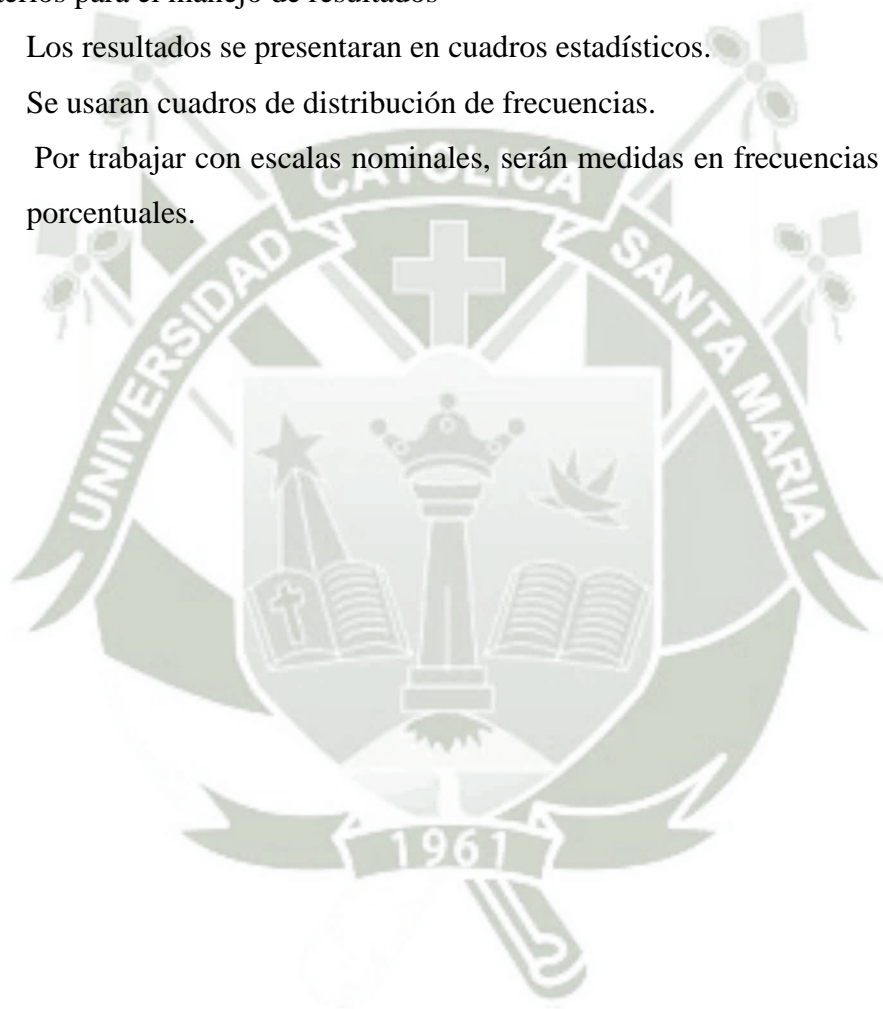
- Humanos. Autor, estadístico, epidemiólogo, planificador, arquitecto e ingeniero especialistas en salud, experto en equipamiento medico
- Físicos. Hospital Goyeneche.
- Materiales. De escritorio, CPU.

Validación de instrumentos.

Se efectuará Encuesta de Satisfacción de usuarios, validada por la Dirección General de salud de las Personas, Dirección de Garantía de la Calidad y Acreditación del Ministerio de Salud ; dicha encuesta será aplicada a una muestra de pacientes, para verificar calidad de atención y satisfacción por el servicio de salud recibido.

#### Criterios para el manejo de resultados

- Los resultados se presentaran en cuadros estadísticos.
- Se usaran cuadros de distribución de frecuencias.
- Por trabajar con escalas nominales, serán medidas en frecuencias absolutas y porcentuales.



#### IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

	Julio 2004	Agost 2004	Set. 2004	Oct, 2004	Nov. 2004	Dic. 2004	Ene. 2005	Feb. 2005	Marz 2005	Abr 2005	May 2005	Jun 2005	Jul 2005
Elección Del tema	X	X											
Elaboración Proyecto			X	X	X	X							
Dictamen y Aprobación							X	X					
Recolección de datos									X	X	X		
Estructuración de resultados												X	
Informe final													X



## V. BIBLIOGRAFÍA BASICA

27. Arca G. J. Mercadeo y servicios de salud. Maestría Gerencia en salud. UCSM 2003
28. Arroyo J. Salud: reforma silenciosa. UPCH. Facultad de Salud Publica y Administración. Lima. 2000
29. Bernedo J, Bellido P. Conocimientos y actitudes de profesionales médicos en tres hospitales de Arequipa acerca del aborto. Tesis de Bachiller en Medicina U.N.S.A. 1999.
30. Cerna P. Neil. Calidad de servicio expresado en la satisfacción del usuario externo e interno. Cajamarca Perú. 2002
31. Commanord G, Exiga A. Como fijar objetivos y evaluar resultados. Ed. Deusto SA UPC- El Comercio IV tomo . 2001
32. Cornejo S. La satisfacción de la usuaria y del personal de salud como indicadores de calidad en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital II Yanahuara ESSALUD. 2003
33. Cuarto curso de capacitación en acreditación para evaluadores del establecimientos de salud. 20al 25 de julio de 1998. Arequipa Perú
34. Curso de postgrado: Gestión y administración de servicios de salud CLAP. CMP. U.N.S.A. 2002
35. Curso de Post-Grado: Gerencia de la calidad. CLAP – CMP- U.N.S.A. 2002
36. Curso de postgrado. Motivación y liderazgo. CLAP. CMP. U.N.S.A. 2002
37. Drucker P. La nueva sociedad de organizaciones. Harvard Business Review . Sep 1994.
38. Estándar de equipos y materiales de los servicios de salud. Normas sobre niveles de complejidad de servicios y establecimientos MINSA. 1999
39. Fuentes M. Epidemiología. Maestría en gerencia en Salud. UCSM 2004
40. Gallardo A. La necesidad de sistemas de medición de desempeño en gerencia en salud. [www.gerenciasalud](http://www.gerenciasalud.com). Marzo 2003

41. Katz J, Miranda E . Reforma del sector salud, satisfacción del consumidor y contención de costos. Serie políticas sociales. CEPAL. 1994.
42. Cama R. Establecimiento de estándares de calidad para atención post aborto. Diálogo Vol 2. Nov. 1998.
43. Kottler P, Bloom P. Mercadeo de servicios profesionales. Serie empresarial Fondo Edit Leges. Colombia 1991.
44. Manual y guía de acreditación de establecimientos de salud. Comisión interinstitucional de acreditación de hospitales. Arequipa 2000
45. Otero J. ¿Dónde empieza la gerencia en salud. [www.gerencia](http://www.gerencia.org) salud. Octubre 2002
46. Pajuelo P.R. Gerencia en salud II. Maestría en gerencia en salud UCSM. 2004.
47. Reunión final del proyecto de actualización de atención postaborto en Facultades de Medicina: evaluando experiencias y proyectando el trabajo futuro. Arequipa 2001
48. Rodríguez A. Gestión de hospitales Modulo Básico II. Gerencia central de recursos humanos. Gerencia de capacitación y desarrollo. ESSALUD 2001
49. Sallanueva J. La Gerencia Integral. Edit. Norma p: 1-6.
50. Seminario: Responsabilidad médica frente al manejo del aborto para reducir la mortalidad materna. Lima 1997
51. Vargas F. Economía y finanzas en salud. Maestría en Gerencia en Salud. UCSM 2004
52. Vela A. Evaluación y monitoreo de sistemas de salud. Maestría en Gerencia en Salud. UCSM. 2004

## ANEXO 2

### MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

	SubTotal	Total	%
<b>Edad:</b>			
11-19			
20-29			
30-39			
40 +			
<hr/>			
<b>Instrucción</b>			
Primaria			
Secundaria			
Superior			
<hr/>			
<b>Ocupación</b>			
Su casa			
Estudiante			
Trabaja			
<hr/>			
<b>Estado Civil</b>			
Soltera			
Conviviente			
Casada			
<hr/>			
<b>Tiempo de Gestación (semanas)</b>			
4 – 5			
6 – 7			
8 – 9			
10 – 11			
12 y mas			
<hr/>			



**Paridad (Número de Partos)**

0

1

2

3

4

---

**Planificación Familiar**

Si

No

---

**Edad de la Pareja (años)**

11 – 19

20 – 29

30 – 39

+ de 40

---

**Instrucción de la Pareja**

Primaria

Secundaria

Universitaria

---

**Ocupación de la Pareja**

Su casa

Estudiante

Trabaja

---

**Síntomas**

Sangrado

Dolor

Fiebre

---

---

**Cantidad de Sangrado Genital**

Abundante

Regular

Escaso

---

**Causa de Sangrado**

Referido por paciente

Médica

Aceptada

Ignora

---

**Complicaciones**

Shock Hipovolemico

Infección

Otros

Ninguna

---

**Tiempo de Espera en Emergencia (minutos)**

Menos de 15

16 – 30

31 – 45

46 – 60

+ de 60

---

**Tiempo de Atención en Emergencia (minutos)**

Menos de 15

16 – 30

31 – 45

46 - 60

+ de 60

---

**Tiempo de Realización de Exámenes Auxiliares en Emergencia (minutos)**

Menos de 15

16 – 30

31 – 45

46 – 60

+ de 60

---

**Total de Tiempo de Atención en Emergencia (minutos)**

Menos de 15

16 – 30

31 – 45

46 – 60

61 – 120

+ de 120

---

**Tiempo de Tramites en Consultorio Externo (minutos)**

Menos de 30

31 – 60

60 – 120

---

**Tiempo de espera en Consultorio Externo (minutos)**

Menos de 15

16 – 30

31 – 45

46 – 60

+ de 60

---

**Tiempo de Atención en Consultorio Externo (minutos)**

Menos de 15

16 – 30

31 – 45

46 – 60



**Total de Tiempo de Atención Consultorio Externo (minutos)**

Menos de 15

16 – 30

31 – 45

46 – 60

61 – 120

+ de 120

